FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947

THESE N° 738

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques PATRICE

Né le 22 Janvier 1924, à Saint-Nazaire.

Présentée et soutenue publiquement le 26 NOV 1947 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE

L'ILEOTRANSVERSOSTOMIE

DANS LE

TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE POST-OPÉRATOIRE

Président : M. PETIT-DUTAILLIS, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

28 NOV 1972

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **PATRICE.**

Prénom : **Jacques.**

Date de Soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque.)

PATRICE (Jacques). — Contribution à l'étude de l'iléotransversostomie dans le traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

PATRICE (Jacques). — Contribution à l'étude de l'iléotransversostomie dans le traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1947, *N°* .....).

PATRICE (Jacques). — Contribution à l'étude de l'iléotransversostomie dans le traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

PATRICE (Jacques). — Contribution à l'étude de l'iléotransversostomie dans le traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire. — Paris, Imp. R. Foulon, 1947, *in*-8°, 91 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris* 1947, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1947 **THESE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques PATRICE

Né le 22 Janvier 1924, à Saint-Nazaire.

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE

L'ILEOTRANSVERSOSTOMIE

DANS LE TRAITEMENT DE L'OCCLUSION INTESTINALE POST-OPÉRATOIRE

Président : M. PETIT-DUTAILLIS, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1947

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique	
Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE.
	BASSET.
	DE GAUDART D'ALLAINES.
	FUNCK-BRENTANO.
	GATELLIER.
	MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY.
	BOULIN.
	CHEVALLIER.
	COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES.
	HAGUENAU.
	MOLLARET.
	MOUQUIN.
	TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE.
	LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, *l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A MES PARENTS

Avec toute ma reconnaissance pour les lourds sacrifices qu'ils m'ont consentis.

Qu'ils trouvent ici un faible témoignage de ma profonde affection.

A MA FEMME

Avec tout mon amour.

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur PETIT-DUTAILLIS

Professeur de la Chaire de Pathologie Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

Qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse.

A TOUS MES MAITRES

INTRODUCTION

Parmi les complications qui peuvent assombrir parfois le pronostic des interventions chirurgicales portant sur l'abdomen, l'éventualité d'occlusion intestinale post-opératoire reste toujours présente à l'esprit du chirurgien.

Relativement fréquente, d'une gravité incontestable, comme en témoignent les statistiques de tous les auteurs, les problèmes qu'elle soulève sont aujourd'hui comme hier toujours d'actualité, les discussions sont toujours ouvertes, sans que, en raison de leur complexité comme de leur diversité, une solution, une conclusion fermes et définitives puissent leur être données.

C'est à la somme des nombreux travaux qui lui ont été consacrés depuis LEGUEU, en 1895, que nous désirons apporter ici une bien modeste contribution, grâce à la réunion de quelques observations qui nous ont semblé présenter quelqu'intérêt.

En effet, il nous est apparu que, dans le traitement de cette occlusion intestinale post-opératoire, l'iléo-transversostomie nous avait donné des résultats en somme satisfaisants, et, bien que le nombre de nos observations soit trop restreint pour que nous puissions avancer des conclusions formelles, nous ne croyons pas inutile d'exposer les considérations et les réflexions que cette intervention nous a inspirées.

Nous avons entrepris cette brève étude encouragé

par notre Maître le Docteur JAGOT, chirurgien du Centre Hospitalier de Saint-Nazaire, qui nous en a donné l'idée première, et nous a apporté un certain nombre de ses observations, en même temps que le secours de sa propre expérience.

Qu'il veuille bien trouver ici l'hommage de notre très vive gratitude.

Nous remercions sincèrement notre Maître le Docteur GENTIN, chirurgien du même hôpital, dont nous tenons également quelques observations.

Nous avons trouvé chez le Docteur DELOUCHE, chirurgien à la Baule, un guide dévoué dont les conseils nous furent précieux. Nous lui en sommes particulièrement reconnaissant.

Si nous n'apportons que huit observations d'iléo-transversostomie pour occlusion intestinale post-opératoire, notre travail se base d'autre part sur l'étude d'un grand nombre de ces occlusions, et des diverses thérapeutiques qui leur furent opposées.

Enfin, nous avons, dans la littérature chirurgicale de ces dernières années, essayé de nous documenter le plus possible, et nous avons dépouillé de nombreux travaux et de nombreuses observations.

LES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

Définition — Classification.

Nombreuses sont les définitions que l'on a pu donner des occlusions intestinale post-opératoires, et bien diverses les classes où l'on a essayé de les faire entrer.

Il nous semble pourtant que nous pouvons adopter la formule, certes « vaste et artificielle », mais commode, de Seyer :

« On appelle occlusion post-opératoire toute occlusion qui succède directement à une intervention chirurgicale, abdominale le plus souvent, ou qui, survenant longtemps après elle, trouve sa raison d'être dans cette intervention ».

Et si, à la suite du même auteur, nous divisons ces occlusions en occlusions immédiates, en occlusions précoces ou retardées, et en occlusions tardives, en nous rappelant, avec Quénu, qu'à côté des cas typiques, schématiques, il y a les cas bâtards, nous nous apercevons que l'iléo-transversostomie, dans les cas que nous rapportons, a été pratiquée de façon quasi-constante lors d'occlusions retardées : nous reviendrons ultérieurement sur ce point.

Etiologie — Mécanisme.

Il n'est pas inutile de connaître, pour discuter des indications thérapeutiques, et particulièrement de l'in-

tervention qui nous intéresse le plus ici, l'étiologie et le mécanisme de ces occlusions, s'il est toutefois possible de les étudier séparément, ce que d'ailleurs nous n'avons pas l'intention de tenter.

I. — *Les occlusions fonctionnelles.*

Tantôt, il s'agit d'iléus fonctionnels, auxquels il semble de plus en plus qu'on doive intégrer l'occlusion duodénale aiguë, qui peut survenir après n'importe quelle intervention abdominale, ou même extra-abdominale, dont la cause résiderait dans une perturbation neuro-végétative réalisant une énorme dilatation gastrique ou gastro-duodénale, avec compression apparente du duodénum sous-jacent.

Nous pouvons nous trouver en présence d'iléus paralytiques, en rapport souvent avec une péritonite plus ou moins atténuée, ou d'iléus spasmodiques, à moins qu'ici une dilatation ne soit accompagnée là d'une contracture : phénomènes qui modifient profondément la morphologie de l'intestin et qui, se conjuguant avec une bride ou une symphyse, pourront le bloquer au niveau de l'angulation ainsi provoquée.

II. — *Les adhérences — Les brides.*

Tantôt, nous nous trouvons en présence d'adhérences. Qu'une péritonite plastique se constitue — c'est le cas le plus fréquent lorsque l'occlusion se manifeste après une appendicectomie pour appendicite aiguë — et, à l'intervention, on trouve les dernières anses iléales agglutinées, formant un magma souvent difficile à dissocier, comme en témoignent la plupart de nos observations.

Ou bien, il s'agit d'appendicite à froid, dont les suites semblaient devoir être absolument normales : on peut incriminer dans ce cas le non-enfouissement du

moignon appendiculaire : THEILLIER, FIOLLE, SEYER en ont rapporté des exemples convaincants. Le Docteur GENTIN nous en a fait connaître un cas très net, dont l'observation n'a malheureusement pu être retrouvée.

Ce processus de péritonite plastique adhésive se retrouve également fréquent après certaines interventions gynécologiques : qu'il s'agisse d'hystérectomie ou d'ablation d'annexes pour lésions inflammatoires aiguës ou non, certes ! Mais aussi de l'hystérectomie pour fibrome la plus banale, de l'ablation d'annexes à froid pour le kyste le plus bénin ou la grosses extra-utérine diagnostiquée le plus précocement du monde.

Que ces lésions de péritonite adhésive se rétractent pour rétrécir l'orifice d'une bouche de gastro-entérostomie, qu'elles se développent au niveau d'anastomoses pratiquées au cours d'interventions sur le côlon ou le rectum, qu'elles se manifestent après une ou plusieurs plaies de l'abdomen : autant d'autres possibilités, en pratique moins souvent réalisées qu'après les appendicectomies ou les interventions sur l'utérus et les annexes.

Une grande cause d'adhérences ou de brides génératrices d'occlusion semble bien être le défaut de péritonisation, ou tout au moins la péritonisation imparfaite : nous avons vu plus haut quel pouvait être le rôle du non-enfouissement d'un moignon appendiculaire dans le déterminisme d'une péritonite adhésive.

Au cours des interventions gynécologiques, la péritonisation, pas toujours très facile, laisse souvent, en dépit du soin apporté à la réaliser, quelque peu à désirer : c'est pourquoi on la voit, ici plus qu'ailleurs, souvent à l'origine de l'occlusion qui, par malheur, viendra troubler le cours de suites opératoires que l'on était en droit d'espérer plus calmes.

Il est aisé de comprendre l'opinion de LEGUEU, selon lequel les interventions par voie vaginale, en raison de

la difficulté, ici toute spéciale, de la péritonisation, exposent plus que celles par voie abdominale aux occlusions post-opératoires.

Néanmoins, on ne rencontre plus guère d'occlusions dans ces conditions : en effet, la voie vaginale est beaucoup moins utilisée aujourd'hui qu'à la fin du siècle dernier.

La voie abdominale elle aussi fait courir ce risque.

Si YOVANOVITCH a pu écrire qu'une intervention gynécologique prédispose d'autant mieux à l'occlusion post-opératoire qu'elle est plus conservatrice, c'est justement parce que, dans des interventions conservatrices telles qu'ablation unilatérale d'annexes, où l'enfouissement du moignon peut ne pas être satisfaisant, la péritonisation est plus difficile.

Des adhérences ultérieures vont peut-être se former, de même que dans le cas où l'on aura voulu conserver isolé, par exemple, un ovaire, ou réaliser une myomectomie (SOURDAT, ROUHIER).

C'est aussi pour cette raison que MOULONGUET indique, dans les myomectomies de la face postérieure de l'utérus, de recouvrir la surface cruentée au moyen de la séreuse vésicale.

De même, après n'importe quelle hystérectomie, subtotale ou totale, il peut y avoir adhérence de l'intestin à une zone mal péritonisée, soit que la mauvaise péritonisation ait été primitive, soit qu'une péritonisation correcte ait lâché.

Enfin, n'oublions pas non plus qu'une adhérence de l'intestin à l'orifice de passage du ligament rond à travers le péritoine, au cours d'une ligamentopexie, peut amorcer une occlusion.

Les cures radicales de hernies, et surtout de hernies étranglées, ne sont point non plus exemptes de ce risque d'occlusion, qu'il y ait adhérence d'une anse au collet d'un sac herniaire, qu'une agglutination banale

vienne se constituer, ou qu'une résection entraîne un processus d'adhérence déterminant une coudure au niveau de l'anastomose.

Certaines interventions sur le côlon et le rectum, où la péritonisation se révèle complexe, se sont vues suivies de processus récidivants d'agglutination.

Ne peut-on, d'autre part, incriminer, avec GUEULLETTE, dans la formation de la bride dite « en corde », en dehors de toute adhérence, la persistance, dans la cavité péritonéale, d'un caillot qui, à la longue, s'organise et devient fibreux ?

Adhérences, symphyses, brides, dont nous reparlerons, peuvent se former après toutes les interventions abdominales, et si certaines sont plus susceptibles que d'autres d'en réaliser, nous l'avons vu, aucune n'en possède la malencontreuse exclusivité.

Et même, n'a-t-on pas vu (SEYER), fait d'ailleurs assez rare, l'adhérence d'une anse grêle en regard de la zone de ligature d'un moignon urétéral après néphrectomie ?

Enfin, nous mettons à part le cas un peu spécial où une compresse ou un champ oubliés se retrouvent au sein d'un gâteau de péritonite plastique.

Les aspects que l'on peut ainsi rencontrer sont d'une grande diversité, et, après les quelques exemples que nous avons donnés, nous pouvons encore montrer une ou plusieurs anses s'agglutiner, adhérer entre elles, ou bien à la paroi, ou entre elles et à la paroi, ou, plus simplement, les deux portions d'une anse s'accoler intimement, sans préjudice d'un épiploon qui, de son côté, peut adhérer à l'intestin et le brider.

De ces combinaisons diverses pourront naître angulations, coudures, incarcérations, volvulus, vices de position échappant plus ou moins à la description systématique, amorces d'occlusions aux visages différents, mais d'une commune origine.

III. — *Les incarcérations d'anses.*

Les occlusions post-opératoires par incarcération d'anses se rencontrent également dans nombre de circonstances.

Les opérations gynécologiques, et surtout celles de fixation, semblent tenir ici une place particulièrement importante.

La ligamentopexie à la Doleris a été incriminée par des auteurs tels que L. Bazy, Mosse, A. Guy, Couvelaire, Aleste.

Après cette intervention, le fond de l'utérus et les ligaments ronds, en arrière de la paroi abdominale — cette paroi et le segment externe du ligament rond, peuvent former autant d'anneaux dans lesquels une anse intestinale peut venir s'incarcérer, à moins que cette anse ne s'engage dans le trajet intra-mural (Michel).

De même, l'intestin peut s'étrangler à travers une brèche du ligament large, après l'opération de Baldy, Webster, Dartigues (L. Léger) — dans une fosse para-rectale, sous une bride qui part de la corne utérine, onze ans après annexectomie pour kyste de l'ovaire (Moulonguet), etc..., etc...

Les incarcérations du grêle sont une des grandes causes d'occlusion après les interventions portant sur l'estomac : l'intestin peut s'incarcérer au travers de la brèche méso-colique, non fixée, ou mal fixée au niveau de l'estomac (Ménégaux, Constantinesco et Popinesco), ou bien il peut y avoir étranglement interne par passage d'anses grêles entre l'anse afférente et la colonne vertébrale après gastro-entérostomie (Viannay), derrière une bouche d'anastomose après gastrectomie (Paluel) ou gastro-entéro-anastomose (F.-P. Leclerc, Rochet, Herbert).

Du reste, et plus simplement ,dans ces interventions,

il peut encore y avoir étranglement de l'anse jéjunale au travers de la brèche méso-colique lorsque le pourtour de cette brèche, au lieu d'avoir été fixé à l'estomac, l'a été à l'anse jéjunale.

Les incarcérations du grêle peuvent également se rencontrer après les interventions sur le gros intestin. Les iléotransversostomies, et les iléosigmoïdostomies (DUPONT) peuvent être à l'origine d'occlusions mécaniques secondaires, à vrai dire fort rares en ce qui concerne ces deux interventions, surtout la première.

Dans un cas d'iléotransversostomie de YOVANOVITCH, la partie distale du mésentère formait un demi-cornet provoqué par l'adhérence au côlon ascendant de la zone où avait porté la section de l'iléon terminal : le grêle s'y était engagé.

Dans un cas d'iléosigmoïdostomie qu'il cite également, le grêle s'était coincé entre l'anastomose et la paroi postérieure de la cavité abdominale.

Il semble d'ailleurs que l'anastomose iléo-transverse prédispose moins aux hernies internes dans la boucle que les autres entéro-anastomoses, sans doute à cause de sa position élevée (QUÉNU).

Après extériorisation d'une anse colique, après établissement d'un anus contre nature, le grêle peut venir s'étrangler au-dessus ou au-dessous de l'anse extériorisée, ou bien, si un décollement a été nécessaire, s'engager dans cette zone si l'on n'a pris la précaution d'exclure la cavité péritonéale.

De même, il peut y avoir étranglement au niveau de l'éperon ou au niveau de la paroi externe du bout supérieur d'un anus contre nature.

Enfin, l'incarcération du grêle est grandement facilitée après les interventions sur le rectum par une péritonisation, nous l'avons déjà dit, souvent imparfaite.

Nous pourrions dire de ces interventions, lorsqu'elles sont effectuées par voie basse, ce que LEGUEU — nous

l'avons déjà cité — écrivait des opérations gynécologiques par voie vaginale : qu'elles sont plus dangereuses que celles par voie abdominale, justement du fait de la difficulté particulière de la péritonisation.

Notons enfin que, si nous avons eu jusqu'à présent en vue surtout les incarcérations profondes, celles-ci peuvent également être pariétales : par exemple, une anse se coinçant dans une solution de continuité d'une ligne de suture.

Bref, et d'une manière toute générale, il y a de multiples façons pour un intestin de s'incarcérer après une intervention abdominale, et le rôle des brides est ici loin d'être négligeable, par exemple lorsqu'elles constituent, seules ou avec d'autres formations abdominales, des anneaux dans lesquels l'incarcération du grêle peut être facile.

IV. — *Vices de position. Volvulus.*

Autres mécanismes d'occlusion post-opératoire fréquents sont les vices de position, les volvulus qui, pouvant survenir n'importe quand, après n'importe quelle intervention, abdominale et quelquefois extra-abdominale, sont, de ce fait, imprévisibles.

On a accusé la position de Trendelenburg, mais celle-ci n'est pas seule à pouvoir les déterminer : un volvulus peut survenir après simple laparatomie exploratrice, appendicectomie à froid (PATEL), extirpation d'un kyste du mésentère chez un nourrisson (WEISS et BINSCHEDLER), néphrostomie (FEY).

Citons encore les faits de volvulus sur bride point d'appui, sous bride, de torsion autour d'une anastomose, par exemple iléo-colique (BÉRARD).

V. — *Les troubles vasculaires.*

Notons, pour mémoire, que certains phénomènes vasculaires d'ischémie partielle peuvent entraîner des

sténoses, par exemple après les interventions pour hernies étranglées.

VI. — *Les abcès, les drains, les mèches, etc...*

Mais, d'une façon toute spéciale, il semble que l'on doive faire intervenir les abcès après certaines interventions septiques, et notamment après appendicite aiguë (observation I), de même que les moyens de drainage ou d'antisepsie mis en œuvre au cours de ces interventions, dans le déterminisme des occlusions post-opératoires.

Les drains de caoutchouc jouent un rôle certain dans l'édification de certaines brides fibrineuses, avec toutes les conséquences d'incarcération ou de torsion intestinale qu'elles peuvent entraîner, ces brides pouvant avoir « exactement le trajet du drain » (MONDOR).

Les mèches, le sac de Mickulicz sont moins souvent que les drains responsables d'occlusion. Néanmoins, ils peuvent provoquer une compression mécanique. Ou bien, leur ablation peut engendrer une torsion intestinale, à moins qu'une anse ne soit venue s'étrangler entre la paroi et le sac.

On a pu également incriminer l'usage trop copieux d'antiseptiques, et notamment de sulfamides, à l'intérieur de la cavité abdominale.

***

Y a-t-il, maintenant, des interventions qui disposent plus particulièrement que d'autres à l'occlusion post-opératoire ? Il semble bien que oui.

A) *Les appendicectomies.*

Pour la majorité des auteurs, dans ce domaine l'appendicectomie tient la première place — peut-être en

raison de sa grande fréquence — (environ 2 % des appendicectomies).

Il nous a été bien difficile d'établir une statistique, en raison des bombardements incessants et des déménagements successifs que subirent les services où nous avons recueilli nos observations (services situés à Saint-Nazaire). Néanmoins, nous avons pu sérier les interventions pratiquées dans un même service pendant vingt-et-un mois.

Sur cent quatre-vingt douze appendicectomies, nous relevons trois cas d'occlusion incomplète ayant cédé au traitement médical, et deux occlusions complètes ayant nécessité une réintervention (iléotransversostomie). Pendant le même laps de temps nous avons noté une occlusion par bride avec quelques adhérences, après une appendicectomie pratiquée huit ans auparavant, traitée par section de bride et libération facile des adhérences.

B) *Les interventions gynécologiques.*

La plupart des statistiques indiquent que les interventions gynécologiques viennent, dans cet ordre d'idées, en seconde place (0,50 %).

Dans notre statistique, nous notons, sur cent huit de ces interventions, dont trente-neuf hystérectomies, trente opérations de fixation, et onze césariennes par voie abdominale, un iléus paralytique au quatrième jour après une intervention de fixation à la Doleris (mort rapide dans le collapsus), et une occlusion sur bride trois mois après une hystérectomie subtotale (section de la bride, enfouissement de la zone d'implantation de cette bride).

C) *Les interventions sur l'estomac et le duodénum.*

Puis, viennent les interventions sur l'estomac et le

duodénum. Nous avons observé personnellement, sur dix-sept de ces interventions, un cas d'occlusion incomplète, qui n'eut pas de suites fâcheuses.

D) *Les autres interventions.*

Citons encore, toujours dans l'ordre de fréquence, les interventions sur le côlon et le rectum (nous en citons un cas : observation VII), les interventions pour hernie ou hernie étranglée. Dans notre statistique, sur cent quatre-vingt deux cas de hernies, dont vingt-quatre étranglées, nous ne relevons pas d'occlusion post-opératoire.

Puis, viennent les interventions pour plaies de l'abdomen. Enfin, de l'avis de tous, les interventions sur le foie, les voies biliaires, la rate, le pancréas, le rein, l'arbre urinaire, ne sont que rarement ou exceptionnellement à l'origine d'occlusions post-opératoires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Plaçons-nous maintenant au point de vue anatomo-pathologique, pour décrire rapidement les lésions constatées au cours des occlusions post-opératoires.

I. — Les iléus fonctionnels.

Les iléus fonctionnels peuvent se diviser en iléus paralytiques et iléus spasmodiques.

a) *Les iléus paralytiques.*

Dans les iléus paralytiques, il y a distension globale de l'intestin, sans obstacle mécanique.

Les iléus sont quasi toujours la conséquence d'une péritonite plus ou moins atténuée : donc, pus ou séropus à l'ouverture de l'abdomen.

Les anses sont recouvertes d'enduits blanchâtres ou blanc-jaunâtre, exsudats riches en fibrine. Elles sont œdématiées, congestionnées, épaisses, rouges.

Si, fait plus rare, il y a seulement iléus purement réflexe, donc sans péritonite, les anses, simplement distendues, semblent amincies.

b) *Les iléus spasmodiques.*

Au cours des iléus spasmodiques, il y a des zones alternativement contractées et distendues, ou bien con-

tracture tonique permanente localisée en un point, généralement au niveau du côlon gauche.

Dans ce dernier cas, les choses se passent comme s'il y avait obstacle mécanique : du liquide s'accumule, parfois très abondant, en amont de la contracture, et les anses, au-dessus de l'obstacle, sont dilatées.

II. — Les adhérences.

Les adhérences sont, soit localisées, soit diffuses.

a) *Localisées.*

Localisées : une anse adhère à la paroi, ou à une autre anse, ou à une autre anse et à la paroi, à un organe quelconque, à une zone mal péritonisée, à l'épiploon; les deux portions d'une anse peuvent s'accoler entre elles sur la totalité de leur face interne, ou sur une simple portion de cette face.

b) *Diffuses.*

Diffuses, il s'agit de péritonite plastique adhésive subaiguë. Les anses s'agglutinent les unes aux autres, aux abords d'un foyer inflammatoire; de fausses membranes fibrineuses les réunissent. On peut les séparer facilement, mais au risque de dépéritoniser, et de favoriser les récidives.

Après ce processus inflammatoire plus ou moins discret, les adhérences disparaissent toujours d'elles-mêmes, à la condition absolue que la séreuse péritonéale ne soit pas détruite.

En effet, si cette membrane est détruite, l'accolement entre elles de surfaces dépéritonisées est « constant, rapide, définitif » (Gueullette) — ce qui fait passer ces adhérences à la chronicité.

III. — Les brides.

Les brides sont d'aspect variable.

On peut avoir affaire soit à des brides jeunes, fibrineuses, polymorphes, plus ou moins étalées, accompagnées d'adhérences, peu sténosantes individuellement, mais entraînant l'occlusion par leur multiplicité.

Elles peuvent, plus âgées, être scléreuses, rigides, de volume important, ou au contraire réduit, du calibre d'une mince ficelle. Leur nombre est variable, de même que leur disposition, de systématisation difficile à établir. Elles peuvent occuper exactement le trajet des drains, être tendues entre deux anses, entre deux portions d'une même anse, entre une anse et un autre organe, la paroi, etc..., etc...

La bride « en corde ».

Mention spéciale doit être faite de la bride dite « en corde ».

Celle-ci, cordelette cylindrique, lisse, de section régulière variant entre un et sept millimètres, a une longueur moyenne de cinq à six centimètres.

Elle est fixée par ses deux extrémités à deux points quelconques du péritoine. Le reste de la bride est libre.

Toutes les dispositions sont possibles : si, le plus souvent, elle est attachée d'une part au mésentère commun, d'autre part à l'intestin grêle, au niveau de ses faces ou de son bord libre, ses deux extrémités peuvent être souvent fixées au mésentère, alors que l'insertion au péritoine pariétal est exceptionnelle.

Ferme, élastique, très résistante, unique, elle ne s'accompagne pas de modifications du péritoine à son voisinage.

C'est une complication généralement tardive (des années après l'intervention première).

Son origine serait dans l'organisation d'un caillot laissé dans la cavité péritonéale lors d'une intervention (GUEULLETTE).

L'intérêt des brides anciennes réside en ce qu'elles peuvent étrangler l'intestin au maximum. Elles peuvent même le sectionner (HUET).

IV. — LES ÉTRANGLEMENTS INTERNES.

Les étranglements internes par incarcération d'anses ont été décrits assez longuement dans les pages qui précèdent. Les sièges possibles des orifices d'incarcération, préexistants à l'intervention ou créés par elle, nous sont maintenant connus : rappelons seulement qu'ils peuvent se trouver au niveau de la paroi, du grand épiploon, du méso-côlon, du ligament large, être créés au niveau des organes abdominaux par des artifices opératoires : par exemple, au cours d'interventions de fixation à la Doleris, au cours de gastrectomies ou de gastroentérostomies, etc..., etc...

Lorsque, au niveau de la paroi, d'un méso, de l'épiploon, du ligament large, etc..., un tel orifice se constitue, à la longue les bords de l'orifice peuvent s'organiser, s'épaissir, devenir fibreux, inextensibles, et former des arêtes vives : conditions anatomiques favorables, on le sait, à la réalisation de l'étranglement.

Remarquons encore que, par le jeu d'adhérences diverses d'anses grêles entre elles, à la paroi, à d'autres organes, des orifices où d'autres anses pourront venir s'incarcérer peuvent être créés.

Et n'oublions pas que les anses peuvent parfois ne s'étrangler que longtemps après s'être engagées dans de tels orifices : phénomène qui, alors, restera des mois ou des années latent.

V. — Les volvulus.

Les volvulus se rencontrent fréquemment à l'origine des occlusions post-opératoires. Si les volvulus du côlon ou du caecum sont rares, et généralement du type « volvulus libres », c'est-à-dire non provoqués par bride ou adhérence, il n'en va pas de même des volvulus du grêle.

On ne rencontre guère de volvulus totaux ou subtotaux. Infiniment plus fréquents sont, par contre, les volvulus partiels.

On peut distinguer parmi ceux-ci :

a) Le volvulus simple.

b) Le volvulus causé par une anse dont le sommet est fixé à la paroi ou à une autre anse par une adhérence ou une bride. C'est autour de ce point fixe que s'amorce la torsion, suivant l'axe du mésentère.

c) Le volvulus sur bride :

Le pied d'une anse étant enserré par une bride, l'anse bascule sur celle-ci, d'où torsion.

d) Enfin, une anse passant sous une bride, peut être comprimée par celle-ci. Un volvulus s'amorce en amont de l'obstacle ainsi opposé à l'onde péristaltique. Il n'y a pas ici fixation de l'anse, ni par conséquent du volvulus, à la bride.

La détorsion peut donc être obtenue sans section de cette bride.

D'ailleurs, n'importe quelle adhérence, n'importe quelle bride, n'importe quelle incarcération peuvent provoquer des volvulus selon des mécanismes semblables à ceux que nous venons d'exposer.

VI. — Les vices de position.

On peut encore rencontrer des occlusions post-opératoires par vices de position : par exemple, avant une appendicectomie, peut exister une coudure de l'iléon terminal. Celui-ci, n'ayant pas été exploré, dans les suites opératoires une distension de l'intestin risque d'entraîner un blocage au niveau de cette coudure.

De même, on peut citer, après gastrectomie ou gastroentérostomie, des faits d'invagination rétrograde du grêle à travers la bouche anastomotique, après gastroentérostomie, des défauts de fonctionnement dus à une mauvaise disposition de l'anse anastomosée : par exemple, anse afférente inversée après gastrectomie (Caillard).

Les lésions de l'intestin.

Quels que soient les mécanismes envisagés, les lésions de l'intestin sont comparables : selon le stade, en cas d'étranglement serré on rencontre une anse rouge, congestionnée, ou bien infarcie, sphacélée, perforée ou même sectionnée, selon le processus rencontré dans les hernies étranglées, avec, en cas de rupture, les lésions habituelles de péritonite localisée ou généralisée.

Dans d'autres cas, où nous rencontrons des processus d'adhérences multiples et plus lâches, nous nous trouvons en présence des lésions de péritonite adhésive, d'agglutination, de distension d'anses, que nous avons décrites au début de ce chapitre.

Les lésions selon l'intervalle libre.

Si nous nous plaçons maintenant au point de vue des occlusions en général, que nous avons divisées en

occlusions immédiates, précoces ou retardées, et tardives, nous nous apercevons que :

a) *Occlusions immédiates.*

Les occlusions immédiates sont le plus souvent des occlusions paralytiques, à moins que n'entrent en jeu brides ou étranglement interne.

b) *Occlusions retardées.*

Les occlusions précoces ou retardées peuvent relever du même mécanisme. Mais souvent elles surviennent au cours d'une infection péritonéale et sont dues à une agglutination d'anses par la fibrine, à des coudures par brides inflammatoires, à une rétraction d'adhérences. Il s'agit alors d'un obstacle mécanique déclenché secondairement par le processus infectieux, qui peut s'accompagner de paralysie intestinale.

c) *Occlusions tardives.*

Les occlusions tardives sont le plus souvent dues à des incarcérations d'anses, à des coudures par brides, à des volvulus, etc...

Du reste, une telle classification n'a rien d'absolu ni de constant : une même occlusion peut en effet relever à la fois d'un volvulus, d'un étranglement interne, d'un processus d'agglutination et de brides (MASMONTEIL).

SYMPTOMES — DIAGNOSTIC

Selon le moment de l'occlusion

Quelques mots à présent sur les visages cliniques de ces occlusions post-opératoires, dont la diversité s'explique par les multiples mécanismes susceptibles d'en être responsables, ce qui entraîne parfois de grandes difficultés de diagnostic.

I. — Les occlusions immédiates.

Les occlusions immédiates sont celles dont le diagnostic est le plus hérissé de difficultés.

Il n'y a pas d'intervalle libre : ces occlusions se produisent au cours de la période physiologique de distension et de parésie intestinales post-opératoires : on aura facilement tendance à en faire des occlusions paralytiques alors que, comme nous l'avons vu, et comme en témoignent certaines observations (Masmonteil, Delagenière, Seyer). On conçoit qu'ici une erreur sera particulièrement grave, alors que le chirurgien, trois ou quatre jours après une première intervention, répugnera naturellement à poser formellement une nouvelle indication opératoire.

Habituellement, nausées, vomissements post-anesthésiques ont cessé le surlendemain de l'intervention : normalement, à ce moment l'abdomen est moins douloureux; sa tension, pénible, due à la présence des gaz

accumulés, s'atténue, leur cours se rétablissant. On a l'impression que l'opéré va mieux, et celui-ci la partage.

Au contraire, en cas d'occlusion immédiate, un signe, le plus important, se révèle : au bout de deux, trois, quatre jours, l'opéré n'a pas encore évacué ses gaz : il se sent de plus en plus gêné par ce ballonnement abdominal qui va croissant.

En outre, il vomit toujours. Les vomissements, loin de s'espacer, se répètent. L'abdomen est douloureux, et les douleurs, continues ou paroxystiques selon les cas, n'ont aucune tendance à diminuer, au contraire.

L'état général s'altère, quelquefois rapidement. Les traits se tirent, les pulsations s'accélèrent et faiblissent tout à la fois.

A ce moment, un traitement médical a toujours été mis en œuvre. En douze ou dix-huit heures, on doit avoir une sédation franche et nette des symptômes, et notamment, en même temps que l'élimination indiscutable des gaz, on doit constater la diminution du ballonnement abdominal et l'amélioration de l'état général.

Sinon, l'occlusion se confirme.

L'examen physique de l'abdomen donne alors peu de renseignements :

En cas d'iléus paralytique, le ventre est ballonné; il existe un certain degré de défense de la paroi; les anses ne se contractent pas visiblement, les coliques manquent; la douleur abdominale est fixe, généralisée ou localisée, et constante. Cet iléus, dû à une péritonite plus ou moins atténuée, s'accompagne de fièvre.

Celle-ci peut du reste se retrouver même après des interventions absolument aseptiques.

Dans un petit nombre de cas, des coliques se manifestent, le péristaltisme se dessine par intermittences sous la paroi, qui reste souple; l'auscultation révèle des bruits intestinaux hydro-aériques. Il s'agit alors pro-

blement d'occlusion mécanique, encore que le dessin d'une anse sous la paroi puisse se rencontrer en cas d'iléus spasmodique.

II. — Les occlusions retardées.

Les phénomènes d'occlusion peuvent ne pas se produire aussitôt après l'intervention : sans être franchement anormales, les suites avaient été difficiles : l'abdomen restait un peu distendu, le cours des gaz, rétabli, ne l'était qu'imparfaitement. La courbe thermique n'avait pas repris son allure normale. L'intervention avait été plus ou moins septique.

Et puis, le ventre se ballonne à nouveau, l'émission des gaz cesse, nausées, vomissements réapparaissent.

Tout peut s'amender, et une nouvelle alerte se produire, et ainsi de suite, si bien que, alors qu'on espérait limiter la thérapeutique à des ressources médicales, les phases d'amélioration et d'aggravation se succédant, l'état du malade déclinant finit par imposer l'intervention.

Ces occlusions, appelées « occlusions précoces » ou « occlusions retardées », peuvent se présenter sous un tout autre aspect : les suites avaient été absolument normales, le malade s'alimentait, se levait; on envisageait son départ de l'hôpital ou de la clinique. Parfois même, il était rentré chez lui — quand, inopinément, une, deux, trois semaines, et quelquefois plus, après la première intervention, soudainement, en pleine convalescence, des douleurs se manifestent, le plus souvent par paroxysmes.

Le malade se met à vomir, le cours des matières et des gaz s'interrompt, l'abdomen, qui était plat, se ballonne progressivement à partir du niveau du blo-

cage. On peut saisir, sous la paroi, le dessin d'ondes péristaltiques, l'état général s'altère, plus ou moins rapidement.

Dans tous les cas, il ne faut pas oublier le rôle possible des drains, des mèches, dans le déterminisme de ces occlusions, de même que celui des abcès, que l'on doit rechercher avec soin, tant par l'examen de la région opératoire et le palper profond, que par le toucher vaginal et le toucher rectal.

Les occlusions retardées sont de celles qui ont fourni la substance des observations que nous rapportons.

III. — Les occlusions tardives.

Les occlusions tardives peuvent ne se manifester que des mois, voire des années, après l'intervention primitive.

Brutalement, en pleine bonne santé apparente, de la même façon que dans l'occlusion retardée après espace libre, apparaissent des symptômes semblables à ceux que nous avons décrits à son sujet.

Une cicatrice de laparatomie antérieure : en voilà presque assez pour rattacher ce tableau d'occlusion à une précédente intervention.

Gardons-nous cependant de croire que le diagnostic en soit toujours aussi facile : les douleurs peuvent être plus diffuses, plus sourdes, moins paroxystiques. La distension d'une anse en occlusion peut être difficile à percevoir, et une élévation thermique peut venir compliquer le problème...

SYMPTOMES — DIAGNOSTIC
Selon la cause de l'occlusion

Des signes plus particuliers sont-ils susceptibles de révéler la nature anatomique de l'occlusion en cause ?

Il semble que, dans l'occlusion paralytique duodénale aiguë, le tableau clinique soit dominé par les signes : vomissements abondants, collapsus précoce, distension haute de l'abdomen, absence de péristaltisme.

Que, dans l'occlusion par incarcération, une grosse tuméfaction épigastrique contrastant avec un étage sous-ombilical déprimé, une masse profonde animée de mouvements péristaltiques, ou simplement une masse profonde résistante, douloureuse, mate, en un secteur limité de l'abdomen, avec élévation thermique, témoin de l'infarcissement d'une anse, soient des signes importants.

Que, dans le volvulus du grêle, on puisse surtout retenir la douleur extrêmement vive, les vomissements constants (DELOUCHE).

LA RADIOLOGIE

La radiologie peut être, dans tous les cas, intéressante à interroger.

Dans l'iléus paralytique, et principalement la distension duodénale aiguë, on remarque un très large niveau liquide horizontal mobile « comme dans un tonneau » (ADAMASTEANU) surmonté d'une poche à air très nette.

Dans l'iléus spasmodique, il existe des images de distension gazeuse, à l'exclusion, en principe, de niveaux liquides (MONDOR, PORCHER, OLIVIER), ce qui n'est pas toujours vérifié (SEYER).

Dans les occlusions par incarcération, peut s'observer l'opacité des infarctus, en plus des images de distension et de niveaux liquides en amont de l'obstacle.

Dans les volvulus on trouve classiquement l'image d'une anse dilatée, très claire, en arceau, surmontant deux niveaux liquides (MONDOR). Il faut reconnaître qu'on retrouve rarement cette image, d'ailleurs très caractéristique.

Dans les occlusions par péritonite, où au facteur infectieux se joint un facteur mécanique, on se trouve en présence de niveaux hydro-aériques dont il est utile de préciser la topographie.

En somme, images de distension et de niveaux liquides sont les manifestations radiologiques élémentaires qui, par leurs combinaisons diverses et leur topographie variable, peuvent mettre le chirurgien sur la voie d'un diagnostic plus précis.

THERAPEUTIQUE DES OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

A. — La thérapeutique préventive.

Envisageons maintenant la thérapeutique des occlusions post-opératoires : celle-ci peut être médicale ou chirurgicale. Entre ces deux thérapeutiques, mention particulière doit être faite de la méthode de Wangensteen, de l'aspiration duodénale continue.

Mais peut-on prévenir ces occlusions ? Oui, dans une certaine mesure : il suffit de nous rapporter aux différents mécanismes que nous avons décrits pour comprendre :

Qu'il faudra réaliser une péritonisation aussi parfaite que possible.

Qu'il faudra éviter de laisser persister dans l'abdomen, à quelque niveau que ce soit, orifices, fentes, brèches.

Que l'on aura intérêt à manipuler au minimum les anses, et ce avec la plus grande douceur, surtout en présence de foyers inflammatoires.

Que l'usage de drains, de mèches, de sacs de Mickulicz, d'antiseptiques devra être judicieux, que, notamment, on ne devra pas laisser trop longtemps drains et mèches en place, et qu'on devra les enlever avec le maximum de précautions.

En agissant de la sorte, le nombre des occlusions post-opératoires sera certes moins élevé.

B. — La thérapeutique non chirurgicale.

Malheureusement, malgré une technique rigoureuse, on sera de temps en temps mis en présence de cette complication.

a) *Les médicaments.*

Les moyens médicaux, outre la glace appliquée sur l'abdomen après les opérations sur foyers inflammatoires, que certains utilisent même systématiquement après toute intervention abdominale, consisteront principalement en :

— antispasmodiques, tels que l'atropine,

— en substances stimulant la motricité intestinale : péristaltine (Weiland), acétylcholine (Viale, Gautrelet, Sainton), prostigmine, bile, extrait de lobe postérieur d'hypophyse, citrate de soude intraveineux (Bottin), etc...

Une place spéciale doit être réservée à la rechloruration : soit par sérum physiologique, soit par lavement salé hypertonique — mais celui-ci peut déclencher un spasme intestinal réactionnel (Leriche et Frich) — soit par injection intra-veineuse de sérum salé hypertonique (Haven et Ou, Gosset, Binet et Petit-Dutaillis) qui d'ailleurs ne doit pas être administré sans discernement comme on a parfois tendance à le faire, son usage devant être contrôlé par le dosage de la chlorémie (J. Gosset).

Il est bien entendu que l'on prodigue pendant ce temps toutes médications pouvant soutenir ou relever l'état général du malade, comme par exemple l'emploi de toni-cardiaques.

Ces différents procédés comptent à leur actif succès et échecs. De toute façon, il est prudent de ne plus se

fier à eux si, au bout de douze heures, il n'y a pas sédation des phénomènes, et notamment émission franche de gaz.

b) *La petite chirurgie.*

On peut se servir également de moyens physiologiques et de petite chirurgie : la rachianesthésie a eu son heure : actuellement, elle est condamnée par presque tous, étant « brutale, infidèle, dangereuse » (LERICHE).

On a préconisé encore l'infiltration para-vertébrale de nicotine, et surtout l'infiltration novocaïnique bilatérale des splanchniques, parfois avec succès.

Le lavement électrique, aujourd'hui délaissé, semble bien illusoire.

c) *Les méthodes de posture.*

Différents auteurs ont essayé de s'opposer aux occlusions post-opératoires en faisant prendre à leurs malades certaines positions : position ventrale, génu-pectorale ou latérale droite dans l'occlusion duodénale aiguë, position de Trendelenburg dans certaines occlusions inflammatoires où les anses sont fixées au fond du petit bassin, décubitus ventral ou latéral droit en cas de coudure iléale, etc...

d) *L'aspiration duodénale continue.*

Mais une méthode non chirurgicale s'est, depuis WANGENSTEEN (1939) imposée : celle de l'aspiration duodénale continue.

Nous n'avons pas à décrire ici sa technique, et les difficultés que l'on peut rencontrer à l'installer.

De toute façon, il est bien certain que cette méthode donne dans nombre de cas de bons résultats, par exem-

ple en diminuant la distension de l'intestin, en éliminant des quantités parfois importantes de liquides toxiques, en permettant le redressement de certaines coudures.

D'autre part, si elle ne peut évidemment rien contre un volvulus ou un étranglement interne, la formule « aspiration dans l'obstruction, jamais d'aspiration dans la strangulation » (LAMBRET) nous semble bien absolue.

En effet, quand, après surveillance médicale attentive, on s'aperçoit, selon la règle de BROCQ et EUDEL, qu'après douze heures d'une aspiration correctement conduite, les gaz ne sont pas revenus par l'anus, et que, par conséquent, la réintervention s'impose, l'état du malade, comme nous avons pu le vérifier, s'est nettement amélioré. Les douleurs, l'intoxication, le choc se sont atténués. Le volume de l'abdomen a diminué. L'intervention est plus aisée, d'une part en fonction de la plus grande résistance du malade, d'autre part en raison de la moindre distension des anses, du reste pas toujours aussi marquée qu'on voulait l'espérer.

Bref, même lorsqu'elle n'a pas à elle seule guéri d'emblée le malade, l'aspiration facilite grandement l'intervention.

C'est pourquoi nous pensons que, si elle ne donne pas toujours ce qu'on voulait attendre d'elle, l'aspiration duodénale doit néanmoins toujours être mise en œuvre : c'est une excellente méthode de préparation des malades dans les cas où elle ne suffit pas (SÉNÈQUE, BROCQ, QUÉNU).

C. — LA THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Dans un certain nombre de cas, toutes ces méthodes peuvent s'avérer insuffisantes : l'occlusion persiste, et le chirurgien doit se décider à réintervenir.

Le problème n'est pas le même selon la cause, si celle-ci a pu être diagnostiquée, ou selon l'époque de l'occlusion.

Certes, modifier la position d'un drain ou d'une mèche, ou les ôter, évacuer un abcès pariétal ou profond peuvent suffire, quand l'occlusion est manifestement due à leur présence.

Ou bien, la réintervention permettra de lever un étranglement, de détordre un volvulus, de sectionner une bride, de libérer quelques adhérences.

Ces procédés, excellents, ne sont malheureusement réalisables que dans un nombre bien défini de circonstances : nous y reviendrons.

Bien souvent, en effet, l'obstacle, dû par exemple à une agglutination compacte d'anses en un magma inextricable, ne peut être levé.

Ou bien, il est possible de le lever, mais cet acte ne paraît pas assez satisfaisant au chirurgien, qui estime ne pas devoir s'en tenir à lui seul.

C'est alors que se pose la question d'une dérivation. Externe, c'est-à-dire surtout iléostomie ? Interne, c'est-à-dire entéro-anastomose ? Les deux méthodes comptent de chaleureux défenseurs.

Pour certaines raisons, qui nous semblent bonnes, et que nous exposerons plus loin, nous accordons notre préférence à l'entéro-anastomose, et, particulièrement, à l'anastomose iléo-transverse, qui va être le principal objet des pages qui vont suivre, et que nous allons essayer de défendre.

HISTORIQUE

L'histoire de l'iléotransversostomie pour occlusion intestinale post-opératoire se confond évidemment en grande partie avec celle de l'entéro-anastomose en général : nous allons en esquisser rapidement les grands traits.

Le 24 octobre 1902, au Congrès de Chirurgie, MONTPROFIT et ROUX, de Lausanne, publient un travail sur l'entérocolo-anastomose « au jugé ».

En 1905, rapport de TERRIER, sur l'entéro-anastomose dans l'occlusion intestinale avec adhérences.

En 1906, dans les *Annals of Surgery*, FINNEY, à propos de vingt-six cas d'occlusion post-opératoire, relate deux entéro-anastomoses.

En 1914, BURGHARD en fait mention à propos du traitement des péritonites tuberculeuses.

Mais c'est réellement à partir du 2 novembre 1920 que l'entéro-anastomose s'inscrit dans l'histoire du traitement des occlusions post-opératoires, avec le rapport d'OCKINZIC, à la Société Nationale de Chirurgie, à propos de sept observations d'INGEBRIGTSEN, de CHRISTIANA.

Dès lors, les travaux sur ce sujet se multiplient : on peut citer, entre autres, et de façon bien incomplète, les travaux de divers auteurs :

En 1921, MIGINIAC fait part d'une observation d'occlusion post-opératoire traitée avec succès par entéro-anastomose au bouton de JABOULAY.

En 1922, PAUCHET rapporte six cas d'anastomose iléo-colique « au jugé », à l'anesthésie locale, pour occlusion post-opératoire.

En 1924, c'est un cas d'anastomose iléo-colique publié par AUTEFAGE.

En 1928, on peut citer MIRIZZI, PASMAN, de Buenos-Ayres, à propos d'iléosigmoïdostomie. On trouve également le nom de DUNCOMBE.

Puis, des auteurs américains : S. HANDLEY, LONG, TAYLOR (de Dundee), BRASELAND, FEY (de Galesburg), VAUGHAN, de Détroit, CUBBINS, de Chicago, etc...

En 1932, BARRET relate une observation d'occlusion intestinale post-opératoire tardive après appendicectomie guérie par iléo-transversostomie.

En 1933, on retrouve le nom de DUNCOMBE.

En 1934, thèse de LEBŒUF, de Bordeaux.

En 1936, une observation d'iléotransversostomie pour occlusion post-opératoire, suivie de guérison, de BOMPART.

En 1938, GODARD publie dans la *Revue de Chirurgie* cinq cas d'iléosigmoïdostomie pour occlusion post-appendiculaire précoce. Avec son som, on peut citer celui de LEVEUF.

En 1941, c'est l'important rapport de QUÉNU, à propos de quatre observations d'iléotransversostomie apportées par BOMPART, qui fait de cette intervention une opération « a minima » et la pratique systématiquement.

Dans les années qui suivent, de nombreux chercheurs s'intéressent davantage à la question :

En 1942, travail de DUPONT (de Mantes), rapporté par QUÉNU.

En 1943, thèses de COIQUAUD, de CUFFEL; travaux de BAILLIS, COURRIADES, discussions à leur sujet.

En 1945, publications d'iléotransversostomies de

LANGE, de JANVIER, rapportées par QUÉNU; travail de R. DUPONT.

En 1946, observations d'iléotransversostomies de LANGE, de ZAGDOUN.

Thèse de SEYER, qui cite trois cas d'entéro-anastomose, dont une iléo-transversostomie.

Enfin, le 30 avril 1947, à l'Académie de Chirurgie, rapport de ROUX-BERGER, à propos de deux occlusions post-opératoires guéries par iléosigmoïdostomie, publiées par R. DE BOTTON.

Certes, la liste est incomplète, et nous avons eu en vue surtout les travaux publiés en France. Néanmoins, nous n'avons pas cru inutile de planter en ce domaine quelques jalons.

VALEUR
DES INTERVENTIONS DIRECTES

Examinons maintenant les raisons qui nous font rejeter, sauf dans des cas bien définis, d'autres interventions chirurgicales en faveur de l'iléotransversostomie, et nous amènent à l'étudier de plus près.

Au premier abord, il paraît logique, pour supprimer une occlusion, d'en lever la cause, comme le préconisait déjà LEGUEU en 1895.

Cette solution est-elle toujours possible ? Il semble bien que non.

Certes, la détorsion d'un volvulus, la désincarcération d'une anse, suivies ou non de résection, s'imposent, ainsi que l'obturation des brèches éventuellement rencontrées.

De même, lorsque l'occlusion est causée par une bride, comme c'est souvent le cas des occlusions tardives, le mieux est de la sectionner et, si possible, d'enfouir soigneusement ses bases d'implantation — ce qui n'empêche pas l'établissement d'une dérivation de sûreté.

En effet, il est certain qu'une iléostomie, qu'une entéro-anastomose n'empêcheront pas une anse tordue ou étranglée de se sphacéler, de se perforer, et même de se sectionner, avec le pronostic que cela comporte, même après établissement d'une dérivation.

Nous pensons même qu'il est indiqué, en cas d'occlusion post-opératoire, d'explorer, rapidement mais aussi complètement que possible ,le contenu de l'abdomen, pour ne pas risquer de passer à côté de ces obstacles, qui demandent à être levés de toute urgence : SÉNÈQUE, par exemple, découvrit une fois un volvulus du grêle au-dessous d'une bouche d'iléostomie.

De même, en cas d'adhérences discrètes et localisées, principalement lors d'occlusions tardives, une simple libération peut être couronnée de succès.

Par contre, dans les agglutinations précoces, étendues, la libération d'anses nécessite un brassage très choquant chez des malades affaiblis.

De telles désagglutinations entraînent de larges dépéritonisations, qui peuvent entraîner soit la production d'hématomes intra-péritonéaux, parfois très importants (MATHIEU), de nouvelles adhérences, ce qui est le cas le plus fréquent — celles-ci peuvent se reproduire en quelques heures — soit même la fistulisation d'une anse grêle dépéritonisée.

De plus, des manœuvres souvent très longues dans un foyer de péritonite atténuée peuvent faire diffuser l'infection à toute la cavité péritonéale (MATHIEU) et lui donner un coup de fouet.

Et, dans les jours qui suivent l'intervention, il y a l'aggravation de la parésie intestinale; matières, gaz, se font attendre et désirer avec anxiété; le ballonnement croît, les vomissements ne cessent point, la température s'élève, l'état général reste alarmant; pendant de longues journées, le malade oscille entre la vie et la mort : navrante récompense d'un labeur hérissé de difficultés.

Nous avons eu personnellement connaissance, dans un service que nous avons fréquenté, de deux désagglutinations étendues, suivies toutes deux de décès.

Notons en outre, que, dans les occlusions post-opératoires précoces, les sections de brides, par exemple, peuvent, à elles seules, se révéler insuffisantes (MOUCHET).

En somme, nous pensons que les manœuvres de libération, auxquelles reste attachée l'école de Lyon, ont des indications bien limitées, et limitées surtout aux occlusions tardives.

Dans les autres cas, elles nous semblent inefficaces, et même dangereuses.

Restent les méthodes de dérivation. Dérivation externe, il s'agit alors, en gros, de l'iléostomie. Dérivation interne, et c'est l'entéro-anastomose.

INCONVENIENTS DE L'ILEOSTOMIE

L'iléostomie, qui compte des partisans convaincus, et notamment les auteurs allemands — qui n'hésitent pas à sectionner délibérément le grêle pour l'aboucher à la peau, créant ainsi une fistule totale d'emblée, ce qui nécessite une réintervention dans les 6 ou 9 jours suivants — ne nous apparaît pas comme étant la meilleure méthode.

Tout d'abord, pratiquée « a minima » dans le dessein d'être peu choquante, sans inventaire des lésions sous-jacentes, un obstacle tel qu'un volvulus du grêle peut subsister en aval (SENÈQUE), ou bien un abcès dont l'évacuation aurait pu entraîner la guérison de l'occlusion (MOIROUD).

C'est du reste un reproche dont sont passibles toutes les interventions « a minima ».

Ensuite, l'obstacle sous-jacent, sans être aussi dan-

gereux qu'un volvulus ou une incarcération, peut très bien persister longtemps. Alors, la fistule n'a aucune tendance à se fermer spontanément. Il semble que l'on compte trop facilement sur l'inclination des obstacles sous-jacents à toujours s'effacer : ce n'est pas, malheureusement, la règle constante.

Du reste, quelquefois — à vrai dire le fait est rare — malgré un transit normalement rétabli, ces fistules ne se ferment pas d'elles-mêmes : il faut alors les obturer chirurgicalement.

Quand nous sommes en présence de ces fistules du grêle interminables, nous nous trouvons aux prises avec tous les ennuis qui en découlent :

— Déshydratation et déchloruration, qui seront parfois rapides.

—Amaigrissement et dénutrition secondaire cachectiseront le malade, d'autant mieux et d'autant plus rapidement que l'anse fistulisée sera plus haut placée — on n'est jamais certain, dans une intervention « a minima », de ne pas avoir pris une anse trop élevée. En effet, l'absorption intestinale est considérablement diminuée, puisque, normalement, elle se fait au niveau des dernières anses iléales, et surtout du gros intestin, exclus par l'iléostomie.

Citons, par exemple, l'observation de cette fistule stercorale spontanée totale, publiée par ZAGDOUN, qui réalisait une véritable iléostomie, et fonctionnait tantôt assez pour cachectiser le malade, et tantôt pas assez pour le mettre à l'abri de l'occlusion : une iléotransversostomie amena la guérison.

Nous avons vu que le transit normal peut fort bien ne pas se rétablir, par persistance, en aval, de l'obstacle.

La fistule est alors totale, et, dans ces conditions, la dénutrition peut aller jusqu'à l'inanition.

Souvent, des lésions ulcéreuses, dûes à la digestion

de la peau par les sécrétions intestinales et pancréatiques s'étendent autour de l'abouchement de la fistule — et parfois fort loin : MAISONNET rapporte le cas d'un homme chez qui, après entérostomie, une ulcération « peptique » allait de la ligne médiane en avant au rachis en arrière, et du sternum au pubis !

On conçoit combien ces ulcérations peuvent être pénibles : pour le malade, cela va de soi, pour les personnes qui le soignent... et pour le chirurgien, s'il doit réintervenir.

L'infection, en effet, peut se greffer sur ce terrain, ce qui grève évidemment d'autant le pronostic d'une opération nouvelle.

D'autre part, ces fistules sont quelquefois, sinon dangereuses, du moins inefficaces : la sonde peut se boucher. Dans ce cas, il est vrai, il est facile d'y remédier, soit en la débouchant, soit en la maniant dans différentes directions.

Ou bien, on peut avoir fistulisé une anse inerte à la paroi, ce qui se produit si l'intervention est trop tardive.

Ou encore, on peut avoir fistulisé une anse paradoxalement dilatée au-dessous de l'obstacle (FIOLLE, R. BERNARD).

Bref, si, pour être impartial, nous devons donner l'avis de GOSSET : « l'iléostomie pour occlusion après appendicectomie d'urgence a une valeur souveraine; simple, facile, c'est elle qui m'a donné le plus de succès », nous citerons LARDENNOIS :

« la fistulisation du grêle est une pénible opération de sauvetage, qu'on accomplit toujours avec regret »,

et LENORMANT :

« Il ne faut, à mon avis, créer ces fistules que quand il est matériellement impossible de faire autrement ».

Et, bien souvent, il est matériellement impossible de

faire autrement, losqu'on se décide trop tardivement à réintervenir.

Nous pensons qu'il vaut mieux ne pas attendre que le malade soit rendu à la dernière extrémité, ce qui permet de pratiquer une exploration au moins rapide, et un intervention plus satisfaisante.

SUPERIORITE DE L'ILEOTRANSVERSOSTOMIE

Parmi les autres procédés chirurgicaux, nous donnons la préférence à l'anastomose iléo-transverse.

Sur l'iléostomie.

Nous la jugeons en effet supérieure à l'iléostomie : d'abord, et surtout, il n'y a pas de fistule.

Ainsi est évitée ou diminuée la déshydratation post-opératoire du malade, si fâcheuse après l'iléostomie : nous avons vu le rôle de la muqueuse du gros intestin dans l'absorption, muqueuse conservée sur une bonne longueur après iléo-transversostomie.

Bref, cette intervention écarte les complications — et elles sont nombreuses, nous l'avons vu — imputables à la dérivation externe, tout en étant facile, rapide, peu choquante, à peine plus qu'une iléostomie : on peut en faire une intervention « a minima » (BOMPART, QUÉNU).

Est-elle préférable aux autres procédés d'entéro-anastomose ? Nous le pensons.

Mettons à part la gastrojéjunostomie, rarement pratiquée en cas d'occlusion post-opératoire, et dans des circonstances spéciales.

Sur l'iléo-iléostomie.

Dans l'iléo-iléostomie, les produits intestinaux toxiques ou non, sont mal drainés, le transit étant gêné par la valvule de Bauhin, qui demeure un obstacle d'autant plus difficile à forcer que l'iléus consécutif à l'infection est plus important.

De plus, il est difficile de trouver, comme il serait idéal de le faire, la première anse en amont de l'occlusion, et la première en aval, pour les anastomoser. Et, si l'on croit les avoir trouvées, on n'est pas toujours sûr de son choix.

Sur la colocolostomie.

La colocolostomie ne nous semble possible que dans le cas d'un segment colique atteint par des adhérences, par exemple au cours d'une péricholécystite post-opératoire, l'intégrité d'aucune anse grêle ne pouvant être mise en doute.

Sur l'iléo-sigmoïdostomie.

L'iléo-sigmoïdostomie est une intervention qui se rapproche beaucoup de l'iléo-transversostomie.

Nous préférons pourtant celle-ci.

Question de technique d'abord : le sigmoïde peut être court, caché derrière des anses agglutinées, et par conséquent difficile à extérioriser.

Le transverse est au contraire un organe gros et superficiel.

De plus, l'incision iliaque gauche, pratiquée classiquement, donne moins de jour et permet moins facilement le choix relatif d'une bonne anse grêle.

Il est vrai que par cette incision on a plus de chances de tomber sur une anse grêle basse. Peut-être même

trop basse, si l'on a le malheur d'attirer une anse en aval de l'obstacle, et paradoxalement dilatée.

On peut d'ailleurs pratiquer l'iléo-sigmoïdostomie par voie médiane, ce qui fait tomber cette dernière objection.

En réalisant une iléo-transversostomie, on opère dans une région haute, habituellement plus épargnée, plus libre que les régions déclives : on a moins de chances de tomber sur un foyer d'anses agglutinées.

De plus, si l'on est particulièrement pressé, s'il faut agir vite, et par conséquent choisir une anse grêle un peu « à l'aveugle », on risque mieux de tomber sur les premiers mètres de l'iléon, c'est-à-dire avec davantage de chances de se trouver en amont du foyer d'occlusion.

Supériorité non négligeable de l'iléotransversostomie, celle-ci, du fait de sa position élevée, prédispose moins aux hernies internes dans la boucle que les autres anastomoses.

Enfin, l'anastomose iléo-sigmoïdienne offre à l'absorption intestinale un moindre champ, le transverse étant exclu : les diarrhées post-opératoires seront plus fréquentes et plus tenaces qu'après anastomose iléo-transverse.

INCONVENIENTS DE L'ILEOTRANSVERSOSTOMIE

Est-ce à dire que l'iléotransversostomie soit dépourvue d'inconvénients ? Non, bien sûr.

Pratiquée « a minima », nous avons vu qu'il y a de grandes chances de prendre une anse grêle haute. Le danger serait de la prendre trop haute (c'est pourquoi nous préférons une exploration rapide).

On a pu craindre, en raison de l'infection, une friabilité pathologique des tissus. Cette crainte n'est pas justifiée, l'anastomose se pratiquant en tissu sain.

On a pu dire que l'entéro-anastomose n'évacue pas directement au dehors les liquides hypertoxiques accumulés au-dessus de l'obstacle, ceux-ci, se résorbant au niveau de la muqueuse colique, pouvant être néfastes, et d'autant plus que l'atonie intestinale est plus marquée.

Quénu a fort bien répondu à cette objection : aujourd'hui, la résorption des produits toxiques n'apparaît pas comme la principale cause de la mort après occlusion.

D'ailleurs, cette résorption ne peut se faire qu'au niveau d'anses et de mésentère correspondant plus ou moins lésés ou abîmés :

Or, l'entéro-anastomose se pratique en tissu indemne.

En outre, l'aspiration duodénale continue évacue avant l'intervention une grande partie de ces liquides, et il est toujours possible de pratiquer une aspiration « in situ » lors de l'intervention.

On lui a encore reproché d'être choquante.

Pratiquée « a minima », elle vise justement à ne pas l'être plus qu'une iléostomie réalisée dans les mêmes conditions.

Et, nous le répétons, il n'est pas indispensable d'attendre qu'un opéré soit moribond pour réintervenir.

Du reste, l'iléotransversostomie « a minima » préconisée par Bompart a donné des résultats supérieurs à ceux de l'iléostomie.

Enfin, elle peut, exceptionnellement, échouer, le transverse étant rétracté (R. Dupont, de Mantes) ; ou bien, le côlon pourrait se dilater à son tour, ce qui faisait pratiquer préventivement par Sampson Handley, de Londres, en plus de l'anastomose, un anus caecal

de sécurité. Cette éventualité semble rare, et la précaution de S. HANDLEY abandonnée.

A plus longue échéance, d'autres inconvénients peuvent se manifester.

Il s'agit d'abord des diarrhées post-opératoires.

Celles-ci peuvent durer plus ou moins longtemps. Inconstantes, elles sont d'ailleurs souvent remarquablement tolérées.

On peut les prévenir dans une certaine mesure en choisissant une anse grêle le plus bas possible, et en conservant le maximum de côlon.

On a également intérêt à ne pas faire une bouche anastomotique trop grande : la perméabilité intestinale normale se rétablissant, dans ce cas les produits circulant dans l'intestin n'auraient aucune tendance à prendre la route habituelle, et par conséquent la diarrhée aurait une bonne raison de persister.

Ni, d'ailleurs, trop étroite : l'anastomose risquerait d'être insuffisante.

Il semble qu'on doive donner à la bouche un calibre moyen de grêle, en n'exagérant ni dans un sens ni dans l'autre (TÖNNIS).

Du reste, mieux vaut une diarrhée qu'une fistule persistante.

Notons que des examens radiologiques ont montré que le circuit normal se rétablit généralement au bout de quelques mois, le court-circuit étant de moins en moins utilisé, ce qui a une influence heureuse sur la diarrhée.

Et, si celle-ci s'avère trop gênante, il est facile d'y remédier en supprimant l'anastomose.

On a pu aussi observer le reflux anti-péristaltique du liquide intestinal, avec crises de météorisme ou de sub-occlusion, ce qui est rare.

Egalement rares, la gangrène par brides comprimant l'iléon au voisinage de l'anastomose (KUMMER, de Genève), la torsion d'anses autour d'une anastomose (BÉRARD), les adhérences autour de l'anastomose (GODARD), les anses grêles herniées dans l'orifice péritonéal créé par l'anastomose, le grêle coincé en arrière de celle-ci entre elle et la paroi postérieure de la cavité abdominale, etc...

Exceptionnel reste le cas de colite ulcéreuse hémorragique, après anastomose iléo-sigmoïdienne d'ailleurs, rapporté par PAUCHET.

A toutes ces complications, on peut opposer une thérapeutique : la suppression de l'anastomose.

Personnellement, sur huit observations d'iléotransversostomie pour occlusion post-opératoire que nous apportons, nous nous trouvons deux fois en présence de complications, dues semble-t-il à la technique.

La première fois (observation VI), le bouton de Jaboulay utilisé n'avait pas été évacué et, quatorze jours après l'anastomose, semblait responsable de la réapparition des phénomènes occlusifs. En outre, une volumineuse collection purulente située au niveau de l'anastomose ne permit pas d'aller l'extraire. Le malade succomba.

La seconde fois (observation VII) le bouton non évacué entraînait des crises de sub-occlusion, un mois et demi après l'iléotransversostomie. L'extraction amena la guérison.

*
**

L'entéro-anastomose, et particulièrement l'iléo-transversostomie, paraissent donc bien séduisantes. Cette apparence se traduit-elle par des chiffres ? Il semble bien que oui, si l'on consulte les séries, forcément courtes, mais, croyons-nous, encourageantes, d'un certain nombre d'auteurs.

STATISTIQUE

Considérant des entéro-anastomoses diverses, nous trouvons :

— INGEBRIGTSEN (de Christiana), avec sept anastomoses, six guérisons.

— TAYLOR (de Dundee), avec six anastomoses, six guérisons.

— VAUGHAN (de Détroit) avec quatre anastomoses, quatre guérisons.

Chez ce dernier, l'entérostomie avait donné une mortalité globale de quarante pour cent.

— FEY (Galesburg) et CUBBINS (Chicago) avec quatorze anastomoses, douze guérisons.

Chez ces auteurs, sur neuf entérostomies, on ne compte que trois guérisons.

— RENON, LAFFITTE, avec huit anastomoses : six guérisons.

— GODARD, avec huit anastomoses, dont six sigmoïdiennes, obtient huit guérisons.

— PAUCHET, avec six anastomoses iléo-coliques « au jugé » avait obtenu six guérisons.

— SEYER, sur trois anastomoses, dont une iléo-transverse, compte trois guérisons.

— De BOTTON, avec deux iléo-sigmoïdostomies, deux guérisons.

— CHARRIER (de Bordeaux) avec quatre iléotransversostomies, trois guérisons (un des malades mourut dans la nuit par collapsus cardiaque imputable à une myocardite).

— BOMPART, avec cinq iléotransversostomies, cinq guérisons.

— LANGE, avec six iléotransversostomies, cinq guérisons.

— JANVIER, avec quatre iléotransversostomies, quatre guérisons.

— ZAGDOUN, avec une iléotransversostomie, une guérison.

— Nous-même rapportons huit iléotransversostomies avec sept guérisons.

Au total, cela nous donne quatre-vingt six entéroanastomoses, avec soixante-dix-huit guérisons, soit un peu plus de quatre-vingt dix pour cent de succès.

Sur ces quatre-vingt six anastomoses, nous avons pu retrouver dans les séries récentes vingt-huit iléotransversostomies avec vingt-cinq guérisons, ce qui nous approche de ce chiffre, et nous le ferait dépasser sans une mort imputable à une tout autre cause que la nature de l'intervention.

Ces chiffres semblent à considérer soigneusement, quand on sait que l'iléostomie, dans des statistiques récentes, a donné trente pour cent (YOVANOVITCH) et quarante pour cent (SEYER) de mortalité.

TECHNIQUE

La technique de l'iléotransversostomie est d'une grande simplicité.

Une excellente précaution pré-opératoire : l'aspiration duodénale continue, dont nous avons longuement parlé.

Ensuite, ne pas intervenir trop tard. Pourtant, on peut réaliser, même chez des malades très affaiblis, une intervention « a minima » à peine plus choquante qu'une iléostomie.

Après échec du traitement médical et de l'aspiration pendant un maximum de douze heures, nous pensons, avec MASMONTEIL, qu'il vaut mieux intervenir de préférence un peu plus tôt que trop tard : mieux vaut faire quelques interventions inutiles, que ne pas en faire et perdre ses malades.

L'anesthésie peut être locale ou générale. Dans nos observations, elle fut tantôt locale, tantôt générale (évipan ou Schleich). Il nous semble qu'en raison de la rapidité de l'intervention, l'anesthésie générale, bien conduite, a été très bien supportée par les malades.

La plupart des auteurs font une courte incision médiane sus-ombilicale, très petite, ce qui suffit pour réaliser une iléotransversostomie « a minima ».

Dans nos observations, l'incision médiane sus et sous-ombilicale, à cheval sur l'ombilic, a été préférée.

En effet, celle-ci permet une exploration au moins rapide du foyer d'occlusion. On peut ainsi vérifier si

un étranglement, une torsion, une bride serrée, ne sont pas en cause et n'ont pas entraîné le sphacèle d'une anse.

Cette assurance obtenue, on va à la recherche du transverse, en s'aidant de l'épiploon. On l'extériorise.

On choisit ensuite l'anse grêle dilatée la plus basse possible, ce qui peut être facile si l'intervention a été précédée d'une aspiration, et laborieux au cas contraire.

Mais on doit se contenter d'une anse plus haut située s'il s'avère qu'on ne pourrait attirer l'anse la plus basse possible qu'au prix d'un traumatisme sérieux, qui risquerait, outre le choc possible, d'entraîner un iléus paralytique ultérieur.

On prend le transverse le plus à droite possible, et on réalise une anastomose latéro-latérale. Rappelons que le calibre de la bouche d'anastomose doit être environ celui d'une anse grêle normale.

Dans nos observations, l'anastomose fut faite soit au fil de lin, en trois plans de suture, soit, procédé plus rapide, au bouton.

Nous pensons, avec GODARD, que l'anastomose au bouton, et surtout au bouton de Villard, est préférable chez l'enfant, en raison de la minceur et de la friabilité des tissus.

Après l'anastomose, il n'y a plus qu'à refermer.

INDICATIONS

De tout ce qui précède, nous pouvons déduire aisément dans quels cas il nous paraît indiqué de recourir à l'iléotransversostomie.

1) *Dans les occlusions immédiates.*

Dans les occlusions immédiates ?

Celle-ci peuvent être dues à un drain mal placé, à des mèches trop tassées, ce qui dicte alors la conduite à tenir.

Un grand nombre de ces occlusions immédiates sont des occlusions fonctionnelles, paralytiques ou spasmodiques.

Dans ce cas, le traitement médical, et surtout l'aspiration continue doivent avoir la préférence.

Dans ces occlusions, en effet, la dérivation, interne ou externe, semble incapable de vidanger efficacement et complètement l'intestin.

Dans les cas, moins fréquents, où l'on craindrait une occlusion de type strictement mécanique, par étranglement ou volvulus, il faudrait réintervenir immédiatement pour libérer ou détordre l'anse atteinte, quitte à réaliser, le cas échéant, une anastomose de sécurité : l'iléotransversostomie serait alors indiquée, et à plus forte raison si cette occlusion immédiate relevait d'un processus d'adhérences.

2) *Dans les occlusions tardives.*

Dans les occlusions tardives ?

Ces occlusions sont, habituellement, des occlusions mécaniques, telles que brides, volvulus, incarcérations, susceptibles de compromettre la vitalité de l'intestin.

Dans ces cas, il faut réintervenir d'urgence, et, ou bien se borner à libérer l'anse malade, ou bien la réséquer si elle paraît trop compromise.

Si elle est simplement distendue, inerte, on peut espérer la « restitutio ad integrum »; une entéro-anastomose de sécurité pourra toutefois être indiquée.

Plus rarement, un processus d'adhérences peut être responsable de ces occlusions tardives.

En ce cas, la période de santé théorique a bien souvent été troublée par des phénomènes de sub-occlusion chronique ou passagère.

Un tel passé mettra sur la voie du diagnostic.

Alors, ou bien l'aspiration duodénale continue peut tout faire rentrer dans l'ordre, mais il ne faut pas trop en prolonger la durée en l'absence d'un résultat favorable, ou bien il faut réintervenir, après échec ou insuffisance de celle-ci.

On doit, bien entendu, faire un examen complet des anses intestinales.

Si l'agglutination est limitée, la libération seule peut être couronnée de succès.

Si, éventualité plus rare, cette libération s'avère trop difficile, ou si l'agglutination menace de récidiver, on pourra pratiquer une iléotransversostomie.

De toute façon, il faut repéritoniser soigneusement, enfouir les zones d'implantation des brides, obturer les brèches anormales, etc... L'entéro-anastomose apparaît

ici encore, quand elle est réalisée, comme une intervention complémentaire.

En somme, là aussi l'iléotransversostomie a des indications très limitées.

3) *Dans les occlusions retardées.*

Dans les occlusions retardées ?

Ces occlusions sont quelquefois la conséquence de brides, de volvulus, d'incarcération — occlusions mécaniques pures, à début brutal.

L'intervention au niveau du foyer opératoire est alors indiquée.

Si l'exploration de la région suspecte n'indique pas avec certitude la cause de l'occlusion, on peut être amené à pratiquer une iléotransversostomie.

A moins que l'on ait pu mettre en évidence le rôle d'un drain, trop longtemps maintenu, d'une mèche, trop tassée, etc... Le traitement peut alors se réduire à un simple maniement de ces moyens de drainage.

De même, la simple évacuation d'un abcès superficiel ou profond, tel qu'un abcès résiduel du Douglas, peut amener le retour normal du transit.

D'ailleurs, même dans ce cas une anastomose de sécurité peut rendre quelquefois service.

Mais la plupart des occlusions retardées sont dues à de multiples agglutinations d'anses, que nous avons décrites dans un précédent chapitre.

Certes, ces occlusions, quelquefois peu serrées, sont susceptibles alors de céder au traitement médical, et surtout à l'aspiration duodénale continue.

Mais, bien souvent, il faut réintervenir, et c'est dans ces cas surtout, nous semble-t-il, qu'il faut réaliser une anastomose.

Nous rejetons, avec la plupart des auteurs, la libération simple, dont nous avons énuméré les inconvénients et les dangers.

Quant à l'iléostomie, elle ne nous séduit guère : nous avons donné plus haut les raisons de notre opinion.

Reste donc, répétons-le, l'anastomose, que nous préférons iléo-transverse, comme nous l'avons déjà longuement indiqué : simple, facile, rapide, peu choquante, pratiquée, selon l'état du malade, « a minima » ou, mieux, après exploration, l'iléotransversostomie nous apparaît comme l'intervention de choix dans les occlusions retardées : c'est bien là que, selon nous, elle rencontre ses indications majeures.

Les quelques observations d'occlusions post-opératoires traitées de la sorte, que nous allons maintenant exposer, apportent, croyons-nous, une justification de notre manière de voir, puisque, comme on pourra le vérifier, sur huit occlusions retardées, l'iléotransversostomie nous a donné sept bons résultats.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Service du Docteur JAGOT)

Madame M..., trente-et-un ans. Opérée le 8 octobre 1941 pour appendicite gangréneuse perforée rétro-caecale. Appendicectomie. Suiséryl dans l'abdomen et sous-cutané. Mèche.

Les suites immédiates sont normales. Le cours des gaz et des matières se rétablit sans incident. Tout va pour le mieux quand, le 17 octobre, dans la nuit du jeudi au vendredi, une petite alerte trouble cette tranquillité : coliques, arrêt momentané des matières et des gaz, vomissements.

Dans la journée, sérum salé hypertonique : tout s'arrange.

La nuit suivante est bonne.

Le samedi soir, le ventre se ballonne de nouveau, mais la malade expulse des gaz. Elle a même une selle.

Dans la nuit du samedi au dimanche, les accidents éclatent franchement : vomissements, coliques violentes, arrêt complet des matières et des gaz.

Le dimanche matin, mise en route d'une aspiration duodénale continue. L'aspiration marche bien, le ventre se déballonne un peu. La journée est moins mauvaise que la nuit précédente, mais l'arrêt des matières et des gaz persiste. Il existe un gros péristaltisme péri-ombilical. On a l'impression que l'aspiration a soulagé la malade en vidangeant un litre de liquide intestinal, mais que rien n'a été modifié du côté de l'obstacle.

L'iléotransversostomie est alors décidée.

On intervient à 21 heures.

Anesthésie à l'évipan, qui nous a donné ici un silence abdominal comparable à celui obtenu après rachianesthésie.

Incision médiane sus et sous-ombilicale.

On a l'impression, à l'exploration, que le foyer d'agglutination n'est pas voisin de la région appendiculaire, mais en rapport avec un abcès en formation dans la fosse iliaque gauche.

On choisit une anse grêle qui paraît assez basse, et on réalise une anastomose latéro-latérale sur le transverse au bouton de Jaboulay, très facile à poser. Adossement excellent en arrière et sur les côtés. Déficient en avant, où on le renforce de deux surjets séro-séreux.

Le lendemain matin, à la visite, la malade ne se rend pas encore compte qu'elle a été réopérée. Elle se sent mieux. Les vomissements ont cessé. Les gaz ne sont rendus qu'au bout de vingt-quatre heures. Ils sont peu abondants, le ballonnement persiste encore.

Le mercredi 22 octobre, à 20 heures, brusque et violente douleur épigastrique, qui dure une heure et disparaît progressivement. Cette douleur correspond vraisemblablement à l'expulsion du bouton ou à un bouchage momentané.

Dès le lendemain matin, les gaz sont plus abondants. Une petite selle survient.

Alors, l'état de la malade s'améliore progressivement, mais la palpation de la fosse iliaque gauche confirme la notion d'un foyer inflammatoire de cette région qui paraît en voie de disparition.

Les suites sont normales, la malade sort dix jours après, convalescente. Les selles sont un peu plus fréquentes que normalement, mais il n'y a pas de diarrhée véritable.

OBSERVATION II (Service du Docteur Gentin)

Enfant A... Opéré le 16 avril 1944 pour appendicite aiguë non perforée. Incision de Mac Burney. L'appendice est adhérent à son extrémité, et porte une plaque de sphacèle en voie de perforation.

Sérosité louche dans le péritoine. Appendicectomie, assèchement de la cavité péritonéale. On referme en trois plans, sans drainage.

Les suites sont normales; les fils étaient enlevés, on envisageait le départ de l'hôpital quand, le 24 avril, des accidents d'occlusion éclatent : arrêt des matières et des gaz, ballonnement, coliques, vomissements répétés.

On se décide, après traitement médical non couronné de succès (glace, atropine, sérum salé hypertonique) à réintervenir.

Le 25 avril. Anesthésie au Schleich. Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale. On trouve, en explorant, les anses grêles agglutinées dans la région caeco-appendiculaire. Une partie des anses est libérée. La libération des autres anses paraissant trop hasardeuse, on fait une anastomose iléo-transverse latéro-latérale en trois plans de suture au fil de lin. Un petit drain est laissé dans la région caeco-appendiculaire.

On ferme la paroi en trois plans.

Les suites sont favorables : dès les premières heures après l'intervention, l'émission des gaz commence. Une selle survient le lendemain matin. Le malade sort guéri dix jours après la seconde intervention. On ne note pas de diarrhée.

OBSERVATION III (Service du Docteur Gentin)

Coïncidence curieuse : le 16 avril également, en 1944, aussi, Monsieur M..., vingt-trois ans, est opéré par le Docteur Gentin d'une appendicite aiguë perforée.

Incision de Mac Burney. Sérosité purulente dans le péritoine. Appendice pelvien adhérent. Appendicectomie par voie rétrograde. L'extrémité plonge très loin vers le Douglas. Le doigt, en le libérant, ouvre un abcès contenant un pus épais et fétide. Un gros drain dans le Douglas. Mèche cloisonnant la région. Fermeture partielle de la paroi.

Les suites ne sont qu'à moitié bonnes : le malade est shocké, une fièvre oscillante persiste, ainsi que quelques vomissements. Néanmoins, il y a émission de gaz et de matières. L'état général

commence à se relever quand, le 24, des accidents d'occlusion se manifestent.

Les vomissements reprennent, cependant qu'il y a interruption totale du cours des matières et des gaz.

On décide d'instituer un traitement médical : glace, sérum salé hypertonique, atropine, notamment, ne donnent aucune amélioration.

On réintervient le 25 avril au matin.

Anesthésie au Schleich.

Incision médiane à cheval sur l'ombilic. On trouve des anses grêles considérablement dilatées, ce qui nécessite une aspiration de leur contenu.

On rencontre un paquet volumineux d'anses grêles agglutinées. Leur libération s'avérant hasardeuse, une anastomose latéro-latérale est pratiquée entre une anse grêle choisie le plus bas possible, et le côlon transverse, en trois plans de suture au fil de lin.

Dans la journée, les premiers gaz sont rendus. Les vomissements n'ont pas repris, mais la première selle ne survient que le lendemain soir.

La température reste quelque temps encore oscillante, et l'état général touché. Néanmoins, petit à petit tout rentre dans l'ordre, et le malade quitte l'hôpital vingt jours après la seconde intervention, convalescent.

Par la suite, ce malade n'a pas été revu.

OBSERVATION IV (Service du Docteur Jagot)

Monsieur J..., dix-huit ans. A été opéré de péritonite appendiculaire le 30 août 1944.

Ce jeune homme avait quitté la clinique le 20 septembre.

Il y est ramené le 28 septembre 1944 avec un syndrome occlusif évident : vomissements, coliques intestinales vives, arrêt complet des matières et des gaz.

Un traitement médical est institué (atropine, sérum salé hypertonique) qui se révèle inopérant.

Réintervention le 30 septembre. Anesthésie générale au Schleich.

Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale. Les anses grêles apparaissent gorgées de liquide.

On attire le transverse en regard d'une anse grêle qui paraît assez basse, et on réalise une anastomose latéro-latérale au bouton de Jaboulay.

L'affrontement de la séreuse semble immédiatement excellent, et, en raison de la friabilité de l'élément grêle, il n'est pratiqué aucun surjet d'enfouissement sus-séreux.

(Notons que l'anastomose a demandé à peine trois minutes.)

On met du catgut sur l'aponévrose, et des crins sur la peau.

La première selle, précédée de quelques gaz, est rendue dans l'après-midi du dimanche 1er octobre, soit le lendemain de l'intervention.

Les suites sont normales, et le malade sort convalescent de la clinique dix jours après la seconde intervention.

Ce malade a conservé deux selles pâteuses par jour pendant plusieurs mois, puis a été perdu de vue.

OBSERVATION V (Service du Docteur Jagot)

Mademoiselle T..., vingt-cinq ans. A été opérée de péritonite appendiculaire le 26 novembre 1945.

Après des alternatives diverses, elle est sortie de la clinique dans la seconde quinzaine de décembre 1945.

Elle y revient dans la nuit du 9 au 10 janvier 1946, avec un syndrome d'occlusion net. Les vomissements notamment paraissent inquiétants.

On réintervient d'urgence.

On pratique une incision médiane à cheval sur l'ombilic. Les anses, dilatées et rouges, font issue hors de la plaie opératoire.

Une exploration rapide donne l'impression qu'une agglutination d'anses s'est produite dans la fosse iliaque gauche.

Néanmoins, ne pouvant prévoir jusqu'où l'exploration de cette

zone entraînerait, on se contente de faire une iléotransversostomie au bouton.

Il s'agit d'un bouton type Murphy, d'origine allemande, qui paraît d'excellente qualité.

Cependant, comme la malade supporte bien l'intervention, on l'enfouit sous un surjet séro-séreux circulaire total.

On ferme le péritoine pariétal, l'aponévrose, et la paroi au catgut chromé n° 3. Crins sur la peau.

Dans l'après-midi du 10, les premiers gaz sont expulsés, et la première selle est évacuée dans la matinée du 11.

Les suites sont satisfaisantes. Quand la malade quitte la clinique, ses selles sont redevenues normales.

OBSERVATION VI (Service du Docteur Jagot)

Monsieur R..., vingt-cinq ans.

Est opéré le 11 juin 1946 pour péritonite appendiculaire diffuse, trois jours après le début de la crise.

Incision de Mac Burney. A l'ouverture du péritoine, on trouve un pus fétide assez abondant. L'appendice, adhérent, est perforé au voisinage de la pointe.

On fait une appendicectomie sans enfouissement. Drain dans le Douglas,

Les suites sont bonnes. Le malade commence à se lever, il s'alimente depuis plusieurs jours, la plaie est presque refermée. Le drain du Douglas, progressivement raccourci dès le deuxième jour, a été enlevé le sixième.

Le douzième jour après l'intervention, le malade présente rapidement un syndrome typique d'occlusion : ventre distendu, vomissements, arrêt des matières et des gaz. On injecte dans les veines du sérum salé hypertonique, et on met en route une aspiration duodénale continue.

Cette thérapeutique restant vaine, on réintervient.

Laparatomie médiane sus et sous-ombilicale.

On trouve un grêle distendu, et, en raison de l'état du malade, sans poursuivre plus avant l'exploration, on pratique une anastomose latéro-latérale iléo-transverse au bouton de Jaboulay appuyée d'un surjet séro-séreux de soutien au fil de lin.

Les jours suivants, grosse amélioration. Gaz et selles sont évacués : l'abdomen se déballonne, mais pas complètement toutefois : pendant quelques jours il reste un peu distendu.

Enfin, tout semble s'arranger. Les selles, néanmoins, sont très liquides.

Le quatorzième jour après l'iléotransversostomie, le bouton n'a toujours pas été éliminé.

A ce moment, il y a réapparition des phénomènes occlusifs, et l'état du malade empire d'une façon extrêmement rapide.

On a l'impression de sentir sous la peau, juste au niveau de l'anastomose, une collection purulente : on n'ose pas réintervenir sur un tel foyer pour évacuer le bouton, sans doute responsable des accidents d'occlusion.

La collection se fistulise à la peau spontanément peu de temps après avoir été diagnostiquée.

L'état général décline rapidement, les vomissements se répètent, et, malgré le traitement médical mis en œuvre, et notamment le sérum salé hypertonique, le malade meurt dans la cachexie.

OBSERVATION VII (Service du Docteur Jagot)

Madame V...

A cette personne, atteinte d'un cancer du rectum, on fait, le 6 septembre 1946, un anus droit.

Le 27 septembre et le 5 octobre, les deux autres temps sont effectués sans incident notable, et les suites de toutes ces interventions sont aussi bonnes que possible, quand, le 18 octobre, vers la fin de l'après-midi, un syndrome d'occlusion haute se manifeste.

Le traitement médical, l'aspiration duodénale sont aussitôt mis en œuvre, mais aucune sédation franche des phénomènes n'étant

survenue, on se décide à réintervenir le matin du 19 octobre, de très bonne heure.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. On trouve des anses grêles dilatées, au-dessus d'un foyer d'adhérences qu'il ne paraît pas possible de libérer.

On amène le transverse en regard de l'anse grêle qui semble la plus favorable, et on pratique une iléo-transversostomie au bouton de Jaboulay : l'étanchéité ne semblant pas complète, on fait un surjet séro-séreux sur les trois quarts antérieurs de l'anastomose.

On referme le péritoine au catgut 00, la paroi aux crins. On place des agrafes sur la peau.

Les suites sont bonnes : dans l'après-midi, les premiers gaz sont émis. Le lendemain matin, une selle survient et, quinze jours plus tard, la malade quitte la clinique.

Un mois passe. Comme le bouton n'a toujours pas été évacué, et que des épisodes d'arrêt momentané des matières se manifestent, on réintervient le 1er décembre, pour extraire le bouton de Jaboulay.

Les suites sont normales.

Plusieurs mois après l'intervention (avril 1944) l'état général est aussi bon que possible. Il y a plusieurs selles fluides par jour. Le cancer ne semble pas encore avoir récidivé.

OBSERVATION VIII (Service du Docteur Gentin)

Monsieur Gérard M...

Le 24 mai, dans la soirée, syndrome douloureux de la fosse iliaque droite. Le malade est vu par un médecin qui porte le diagnostic de légère réaction appendiculaire, et recommande à la famille de lui donner dès le lendemain matin des nouvelles du malade.

Aucun signe inquiétant à ce moment : la température est normale, le pouls normal, seuls existent un léger état nauséeux, et

une douleur précise de la fosse iliaque droite au point de Mac Burney, mais il n'y a pas de contracture.

Le lendemain matin : la nuit a été bonne, la douleur s'est atténuée, le malade proteste contre la diète à laquelle on le soumet.

La journée du 25 se passe sans modification de l'état du malade. Dans la nuit du 25 au 26, vers minuit, douleur brutale, en coup de poignard, et aggravation subite de l'état général.

Vu par le médecin traitant à 4 heures du matin.

Transporté d'urgence à la clinique, le malade est opéré immédiatement (à 5 heures 30).

Ventre de bois. Douleur exquise dans la fosse iliaque droite, hyperesthésie cutanée, faciès péritonéal, température à 38°5, pouls à 130.

Anesthésie au Schleich. Incision de Roux. Liquide purulent en quantité abondante dans le péritoine. Appendice remontant sur la face latérale du caecum jusqu'à la région sous-hépatique. Il est gangréné et perforé.

Appendicectomie sans enfouissement. Sérum anti-gangréneux dans le foyer, avec un drain et trois mèches qui cloisonnent. Un drain est glissé dans le Douglas, et ramène un flot de pus franc. Quelques points de rapprochement en haut et en bas de l'incision, au fil de lin.

Glace sur le ventre. Sérum glucosé intra-veineux, à raison de 500 gr. matin et soir pendant trois jours. Un million d'U. O. de pénicilline pendant les trois premiers jours. Suppression des drains le troisième jour, des mèches le sixième jour.

Les suites opératoires sont satisfaisantes. Le ventre s'assouplit au bout du troisième jour, reste météorisé pendant les jours suivants, mais le malade évacue ses gaz, ne vomit plus.

La température oscille aux environs de 38° jusqu'au 6 juin. Du 6 au 11 juin, le malade reste apyrétique, commence à s'alimenter, évacue normalement ses gaz, a eu plusieurs selles.

A partir du 11 juin, la température s'élève aux environs de 38°5 le soir, 37°5 le matin.

Le malade est plus fatigué, perd son appétit, se météorise légèrement.

Le 15, début d'accidents d'occlusion : vomissements alimentaires et bilieux, douleurs à type de coliques violentes, entrecoupées de phases de rémission.

Glace, belladone, spasmalgine.

Résultat nul.

Les accidents se complètent, et le 17, soit quarante-huit heures après le début des accidents, tableau typique de l'occlusion : vomissements bilieux et porracés, arrêt des matières et des gaz. Météorisme modéré, mais asymétrique, remarquable surtout à droite et en dessous de l'ombilic. Pas de contractions péristaltiques visibles.

Réintervention immédiate. Schleich. Laparatomie à cheval sur l'ombilic. Sérosité dans le péritoine : anses grêles très dilatées.

Dans la fosse iliaque droite, apparaissent des anses aplaties. En les suivant, on arrive sur une première bride épiploïque qui ficelle complètement une anse grêle. Elle est sectionnée. Puis, en remontant toujours, on tombe sur un magma d'anses grêles dont la libération s'avère difficile, et ne se ferait qu'au prix d'une dépéritonisation.

Dans ces conditions, on repère l'anse dilatée saine immédiatement sus-jacente, et on pratique une iléotransversostomie en trois plans au fil de lin.

Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage, avec pulvérisation de sulfamides entre les différents plans.

Amélioration immédiate de l'état du malade, qui ne vomit plus une seule fois, même au cours de la période de réveil.

Gaz le 19. Première selle spontanée seulement le 23.

Tout rentre dans l'ordre, et le malade sort de la clinique le 27 juin, gardant une très légère suppuration au niveau de la cicatrice d'appendicectomie.

Cicatrisation « per primam » de la laparatomie médiane.

Depuis, le malade n'accuse aucune anomalie dans ses selles. Son état général est redevenu excellent.

CONCLUSION

Des considérations que nous venons d'exposer sur les principaux traitements de l'occlusion intestinale post-opératoire, que pouvons-nous retenir ?

Que, lorsque le traitement médical et l'aspiration duodénale continue ont échoué, l'entéro-anastomose se révèle éminemment supérieure à la fistulisation du grêle.

Que, d'autre part, l'anastomose iléo-transverse nous paraît la meilleure.

Nous avons indiqué quand et comment cette intervention nous semble devoir être pratiquée.

Dans nos observations, nous n'avons pas eu à regretter de l'avoir employée systématiquement après échec du traitement médical, en opérant assez tôt pour nous permettre d'effectuer une exploration au moins rapide de la cavité; (dans l'observation VIII, par exemple, si nous avions négligé cette précaution, nous aurions laissé une bride épiploïque ficeler complètement une anse grêle, et risqué la catastrophe).

Sur huit malades que nous avons ainsi réopérés, un seul (observation VI) est mort, et il nous semble que la technique plus que l'intervention en elle-même en est responsable : en effet, le bouton de Jaboulay fut cause d'une seconde occlusion, et nous n'osâmes pas, en raison de la collection décelée à son niveau, et de l'état général du malade, aller l'extraire.

De même, dans l'observation I, un petit incident, sans gravité d'ailleurs, semble imputable au bouton utilisé.

De même encore, dans l'observation VII, il fallut extraire, ce qui n'eut d'ailleurs aucune conséquence fâcheuse, un bouton de Jaboulay qui n'avait pas été évacué, et menaçait d'entraîner quelques désordres.

Peut-être doit-on incriminer le surjet séro-séreux de soutien au fil de lin.

Quoi qu'il en soit, nous nous méfions un peu maintenant de ce procédé, pour préférer l'anastomose au fil de lin, le bouton ayant pour lui l'avantage de permettre une intervention plus rapide.

Dans les suites opératoires éloignées, on note peu de modifications dans la quantité et la qualité des selles émises par les malades.

Dans une seule observation (observation VII) une diarrhée s'est manifestement installée. Mais, en raison des interventions qui la précédèrent, l'iléo-transversostomie doit-elle en être rendue seule responsable ?

Notons, il est vrai, que nous avons perdu de vue rapidement deux de nos opérés.

De toute façon, un chiffre demeure, qui, à notre avis, présente un intérêt certain, mis en regard de la gravité habituelle de l'occlusion intestinale post-opératoire : huit iléotransversostomies, sept guérisons.

Série heureuse ? Nous ne le pensons pas, puisque notre statistique s'accorde en tous points avec celles des différents auteurs.

C'est pourquoi, dans l'état actuel de nos connaissances, nous croyons devoir recourir à l'iléotransversostomie chaque fois qu'une occlusion intestinale post-opératoire exige une réintervention, et que l'obstacle n'est pas assez simple pour être levé directement — c'est-à-dire surtout dans les occlusions retardées.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
PETIT-DUTAILLIS

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ALESTE. — Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale aiguë après ligamentopexie à la manière de Dolerie. (*Thèse*, Paris, 1939).

AUTEFAGE (rapp. OKINCZYC). — Occlusion intestinale après ablation de l'appendice. Anastomose iléo-colique. Guérison. (*Soc. Nat. Chir.*, 1924, p. 402).

BACHY et CARREZ. — Occlusion du grêle post-opératoire. Dilatation paradoxale de tout le cadre colique. (*Ac. Chir.*, 30 mai 1945).

— Occlusion intestinale précoce après appendicectomie à chaud. Aspiration duodénale continue. Iléostomie. Guérison. (*Ac. Chir.*, 6 juin 1945).

BARBIER. — Cinq cas d'occlusion du grêle traités par anastomose de dérivation. (*Acad. Chir.*, 1942, p. 366).

BARRET (rapp. A. MARTINI). — Occlusion intestinale post-appendiculaire tardive. Iléotransversostomie. Guérison. (*Soc. Nat. Chir.*, 1932, p. 1227).

BÉRARD. — Occlusion intestinale aiguë par torsion autour d'une anastomose iléo-colique. (*Soc. Nat. Chir.*, 1920, p. 1497).

BERNARD et ISELIN. — Diagnostic radiologique de l'occlusion intestinale. (*Acad. Chir.*, 4 novembre 1942).

BOMPART (rapp. HUET). — Sept observations d'occlusion post-opératoire de l'intestin grêle. (*Ac. Chir.*, 28 octobre 1936). (Rapp. QUÉNU).

— Avantages de l'entéro-anastomose dans les formes d'occlusion post-opératoire réopérées au stade de ballonnement. (*Ac. Chir.*, 28 mai 1941).

Botton (R. de) (Roux-Berger, rapp.). — Occlusion intestinale et péritonite post-opératoire (appendicite) guéries par iléo-sigmoïdostomie. (*Ac. Chir.*, 30 avril 1947).

Brocq, Iselin, Eudel. — Aspiration continue d'après Wangensteen dans l'occlusion intestinale aiguë. (*Ac. Chir.*, 1941, n° 7, 8).

— Aspiration duodénale continue dans le traitement de l'occlusion intestinale. (*Pr. Médic.*, 17 juin 1941).

Brocq, Eudel. — La pratique de l'aspiration duodénale continue. (*Ac. Chir.*, 1944, p. 224).

Caillard. — A propos d'un cas d'occlusion tardive par l'anse afférente après gastrectomie. (*Thèse*, Paris, 1936).

Coiquaud. — Sur l'opportunité des différents procédés d'entéro-anastomose dans les occlusions précoces post-opératoires. (*Thèse*, Bordeaux, 1943).

Combier et Murard. — Occlusion de l'intestin grêle par adhérences inflammatoires traitée par entéro-anastomose. (*Soc. Nat. Chir.*, 22 novembre 1929).

Courriades (rapp. Raymond Bernard). — Occlusion post-opératoire et entéro-anastomose. (*Ac. Chir.*, 17 novembre 1943).

Cuffel. — Contribution à l'étude du traitement de l'occlusion post-opératoire : l'entéro-anastomose « à la demande ». (*Thèse*, Paris, 1943).

Delouche. — Le volvulus de l'intestin grêle. (*Thèse*, Paris, 1945).

Duncombe. — Occlusion intestinale post-opératoire traitée par dérivation interne. (*Soc. Nat. Chir.*, 1933, p. 1047).

Dupont (R.). — De l'occlusion intestinale précoce après opération pour appendicite aiguë. (*Paris Chir.*, 1921, p. 13).

— L'entéro-anastomose dans l'occlusion post-opératoire. (*Ac. Chir.*, 28 octobre 1942).

— Deux cas d'occlusion post-opératoire traités par la dérivation interne. (*Ac. Chir.*, 31 octobre 1945).

Etienne, Lescure, Daudé. — Infiltration des splanchniques et occlusion post-opératoire. (*Société des Sciences Méd. de Mont-*

pelier et du Languedoc Méditerranéen (section chirurgie), 2 février 1945).

Finney. — (*Annals of Surgery*, 1906, I, p. 870).

Fiolle. — Nouvelle observation d'occlusion intestinale par adhérence au moignon appendiculaire non enfoui. (*Soc. Nat. Chir.*, 1931, p. 550).

Fiolle et Hayem. — Occlusion intestinale par adhérence du grêle au moignon appendiculaire non enfoui. (*Soc. Nat. Chir.*, 1928, p. 813).

Godard. — L'occlusion post-opératoire précoce et son traitement par l'anastomose iléo-sigmoïdienne au bouton de Vilnard. (*Rev. de Chir.*, p. 73, 1938).

Godard et Palios. — Occlusions intestinales post-appendiculaires. (*Archives Franco-Belges de Chirurgie*, 1932, n° 3).

Gosset, Binet, Petit-Dutaillis. — Toxémie occlusive : étude clinique et expérimentale. (*Journal de Chir.*, t. 35, p. 321, mars 1930).

Granjon et Bonnefoi. — Occlusion intestinale post-opératoire par volvulus total du grêle. (*Soc. Chir. Marseille*, 5 juillet 1943).

Granjon et Delmas. — Une occlusion vraiment récidivante. (*Soc. Chir. Marseille*, 13 mars 1944).

Gueullette. — Les brides intra-péritonéales « en corde ». (*Ac. Chir.*, 6 février 1946).

Huet. — Quatre nouvelles observations d'occlusion de l'appendicite aiguë : quatre guérisons. (*Soc. Nat. Chir.*, 22 mai 1935). — A propos des occlusions post-opératoires de l'appendicite aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 13 décembre 1933).

Ingebrigtsen (rapp. Okinczyc). — De l'entéro-anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 1920, p. 1183).

Janvier (rapp. Quénu). — L'iléo-transversostomie systématique dans les occlusions post-opératoires précoces. (*Ac. Chir.*, 24 octobre 1945).

JUDET (J. et R.). — Le traitement des occlusions post-opératoires d'origine appendiculaire. (*Le Concours Médical*, 11 juin 1943).

KUMMER. — Entéro-anastomose dans l'occlusion aiguë du grêle par brides inflammatoires. (*Soc. Nat. Chir.*, 1920, p. 1502).

LAFFITTE. — Occlusion post-opératoire précoce traitée avec succès par la rachianesthésie, associée à la position de Trendelenburg forcée et au massage abdominal. (*Ac. Chir.*, 22 avril 1942).

LAMBRET, DECOULEX, DRIESSENS et OMER. — Résultats cliniques et humoraux de seize aspirations duodénales pour occlusion intestinale aiguë. (*Presse Médicale*, 18 novembre 1944).

LANGE. — L'iléo-transversostomie dans les formes d'occlusion post-appendiculaires précoces réopérées après poursuite au maximum du traitement médical. (*Ac. Chir.*, 24 octobre 1945).

— Occlusion appendiculaire post-opératoire précoce chez une femme enceinte de cinq mois. Réintervention. Iléotransversostomie. Guérison. (Bordeaux, *Ac. Chir.*, 6 juin 1946).

LEBŒUF. — Entéro-anastomose à distance dans l'occlusion intestinale post-opératoire. (*Thèse*, Bordeaux, 1934).

LE CAIN. — Contribution à l'étude de l'entéro-anastomose « a minima » comme traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire, en particulier après appendicectomie. (*Thèse*, Paris, 1944).

LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, t. 3.

LECLERC (F.-P.). — Incarcération rétro anastomotique du grêle après gastro-entéro-anastomose. (*Lyon Chir.*, 1939, p. 369).

LÉGER (L.). — Iléus par étranglement intestinal au travers d'une brèche post-opératoire du ligament large. (*Journ. de Chir.*, t. 58, n° 3, 1941-1942).

LEGUEU. — L'occlusion intestinale post-opératoire. (*Gaz. des Hôpitaux*, 1895, n° 136).

LEVEUF. — A propos de l'occlusion intestinale après appendicec-

tomie à chaud chez les enfants. (*La Pédiâtrie Pratique*, 15 février 1937).

Maisonnet (rapp. Lardennois). — Occlusion intestinale consécutive à appendicectomie d'urgence. Entérostomie. Interventions consécutives. (*Soc. Nat. Chir.*, 1928, p. 816).

Masmonteil. — Les occlusions intestinales post-opératoires. (*Rev. de Chir.*, p. 603, 1938).

Mathieu. — Occlusion de l'appendicite aiguë. (*Soc. Nat. Chir.*, 1924, p. 387).

Miginiac (rapp. Lapointe). — Occlusion intestinale chez un laparatomisé de guerre. Entéro-anastomose au bouton de Jaboulay. Nouvelle occlusion par le bouton. Extraction du corps étranger par laparatomie médiane. Guérison définitive. (*Soc. Nat. Chir.*, 30 novembre 1921, p. 1290).

Mirizzi. — Deux cas d'occlusion intestinale succédant à appendicite d'urgence : iléo-sigmoïdostomie ; guérison. (*Bol. y trab. de la Soc. de Chir. de Buenos-Ayres*, 1928, p. 425 et 459).

Mocquot et Padovani. — Technique et indications de l'entérostomie sur le grêle et le traitement de l'occlusion intestinale. (*Journal de Chir.*, tome 44, n° 1, juillet 1934).

Mondor. — Diagnostics urgents de l'abdomen. 4e édition.

Montprofit et Roux. — Entéro-colo-anastomose « au jugé ». (*Congrès de Chir.*, séance du 24 octobre 1902).

Morel. — Dérivation interne par anastomose grêle-transverse à la 127e heure d'une perforation duodénale. (*Ac. Chir.*, Paris, 9 février 1944).

Moulonguet. — Radiodiagnostic en chirurgie abdominale d'urgence. (*Ac. Chir.*, 1942, p. 280).

— Les limites du radiodiagnostic de l'occlusion intestinale. (*Ac. Chir.*, 19 février 1947).

Papin. — Courts-circuits intestinaux ; iléo-sigmoïdostomie. (*J. Méd. de Bordeaux et du S.-O.*, an. 118, n° 5, 10 mars 1941).

Pasman. — Deux cas d'occlusion post-opératoire traitée par iléo-sigmoïdostomie. (*Bol. y trab. de la Soc. Chir. de Buenos-Ayres*, 1928, p. 436).

Paufichet (rapp. Lecène). — Occlusion post-opératoire après hystérectomie. Entéro-anastomose. Guérison. (*Soc. Nat. Chir.*, 1922, p. 514).

Ulcus peptiques post-opératoires du côlon. (*Soc. Nat. Chir.*, 5 avril 1922).

Picaux, Ganjoux, Ferrand. — Volvulus d'un mégacaecum autour de sa ligne d'accolement. Réduction. Fixation sur péritoine pariétal. Deux mois après, iléo-transversostomie. Hémi-colectomie droite secondaire. Guérison. (*Soc. Chir. Marseille*, 4 octobre 1943).

Renon et Lafeitte. — Vingt-six observations d'occlusion d'origine appendiculaire. (*Soc. Nat. Chir.*, 1934, p. 333).

Rochet (Ph.). — Etranglement du grêle derrière une anse de gastro-entérostomie. (*Lyon Chir.*, 1939, t. 36, p. 366).

Salmon. — Occlusion post-appendiculaire chez un enfant. (*Soc. Chir. Marseille*, 6 mars 1944).

Sénèque et Roux. — Acquisitions récentes dans les indications opératoires de l'occlusion intestinale aiguë. (*Revue Médicale Française*, février 1943).

Sérafino (rapp. Lucciani). — Occlusion post-opératoire précoce traitée par iléo-transversostomie. (*Soc. Chir. Marseille*, 3 juin 1946).

Sourdat (rapp. Rouhier). — Occlusion intestinale par adhérence et coudure du grêle à la suite d'une myomectomie de la face postérieure du corps utérin. (*Ac. Chir.*, 1944, p. 63).

Sterin (rapp. Desjacques). — Réveil grave d'une infection péritonéale après libération simple des anses grêles pour occlusion secondaire post-opératoire. (*Soc. Chir. Lyon*, 22 juin 1944).

Theillier. — Contribution à l'étude du traitement des occlusions intestinales après appendicectomie. (*Thèse*, Paris, 1928).

Tönnis. — Le fonctionnement des anastomoses entre l'intestin grêle et le gros intestin. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, CCXII, décembre 1928).

Vaudescal. — Occlusion intestinale consécutive à une césarienne et due à un champ opératoire. (*Soc. Méd. Chir. Hôpitaux Libres*, 3 avril 1944).

Vaughan. — Entero-anastomosis in intestinal obstruction. (*Annals of Surgery*, vol. XCII, n° 4, octobre 1930, p. 704).

Vialle. — Traitement des occlusions intestinales précoces consécutives aux opérations d'appendicite « à chaud ». (*Gaz. Méd. France*, 1er février 1934).

Vincent (rapp. Desjacques). — Occlusion secondaire précoce après rupture de grossesse tubaire. Libération des anses. Guérison. (*Soc. Chir. Lyon*, 28 juin 1945).

Wangensteen. — Résultats de l'emploi de l'aspiration dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë ; indications ; contre-indications et limites de la méthode. (*Surg. Gyn. Obst.*, vol. 68, n° 5, mai 1939, p. 851).

Yovanovitch. — Indications, technique et résultats de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales post-opératoires. (*Thèse*, Paris, 1937).

Zagdoun (rapp. Quénu). — Occlusion post-opératoire. Fistule stercorale totale. Iléotransversostomie. Guérison. (*Ac. Chir.* Paris, 15 mai 1946).

IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
P A R I S